

Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761117015669>

CA1
YC26
-552

175

Government
Publications



First Session
Thirty-sixth Parliament, 1997-98-99

Première session de la
trente-sixième législature, 1997-1998-1999

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Standing Senate Committee on Social Affairs,
Science and Technology*

*Comité sénatorial permanent des
affaires sociales, des sciences et de la technologie*

Proceedings of the Subcommittee on

Délibérations du sous-comité des

Veterans Affairs

Anciens combattants

Chairman:
The Honourable ORVILLE H. PHILLIPS

Président:
L'honorable ORVILLE H. PHILLIPS

Tuesday, November 17, 1998
Thursday, February 18, 1999

le mardi 17 novembre 1998
le jeudi 18 février 1999

Issue No. 12

Fascicule n° 12

Sixth and seventh meetings on:

Veterans' health care

Sixième et septième réunions concernant:

Les soins de santé des anciens combattants

INCLUDING:
REPORT OF THE COMMITTEE:
Raising the Bar: Creating a New
Standard in Veterans Health Care

Y COMPRIS:
LE RAPPORT DU COMITÉ:
Relever la barre: une nouvelle norme de
soins de santé pour les anciens combattants



THE SUBCOMMITTEE ON VETERANS AFFAIRS

The Honourable Orville H. Phillips, *Chairman*

The Honourable Archibald Hynd Johnstone, *Deputy Chairman*

and

The Honourable Senators:

Cohen	* Lynch-Staunton
Cools	(or Kinsella (acting))
* Graham, P.C.	Ruck
(or Carstairs)	

* *Ex Officio Members*
(Quorum 5)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Ruck substituted for that of the Honourable Senator Poy (*February 18, 1999*).

The name of the Honourable Senator Johnstone substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*February 5, 1999*).

The name of the Honourable Senator Callbeck substituted for that of the Honourable Senator Johnstone (*February 5, 1999*).

The name of the Honourable Senator Callbeck substituted for that of the Honourable Senator Johnstone (*January 25, 1999*).

The name of the Honourable Senator Johnstone substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*January 25, 1999*).

The name of the Honourable Senator Callbeck substituted for that of the Honourable Senator Johnstone (*January 22, 1999*).

The name of the Honourable Senator Poy substituted for that of the Honourable Senator Ruck (*January 5, 1999*).

The name of the Honourable Senator Cools substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*January 5, 1999*).

The name of the Honourable Senator Callbeck substituted for that of the Honourable Senator Cools (*December 11, 1998*).

The name of the Honourable Senator Ruck substituted for that of the Honourable Senator Poy (*December 11, 1998*).

The name of the Honourable Senator Poy substituted for that of the Honourable Senator Ruck (*November 17, 1998*).

The name of the Honourable Senator Gill substituted for that of the Honourable Senator Poy (*November 16, 1998*).

The name of the Honourable Senator Cohen substituted for that of the Honourable Senator LeBreton (*November 16, 1998*).

The name of the Honourable Senator Poy substituted for that of the Honourable Senator Gill (*November 3, 1998*).

The name of the Honourable Senator Johnstone substituted for that of the Honourable Senator Ferretti Barth (*November 3, 1998*).

The name of the Honourable Senator Mahovlich substituted for that of the Honourable Senator Mahovlich (*November 3, 1998*).

The name of the Honourable Senator Ferretti Barth substituted for that of the Honourable Senator Johnstone (*October 8, 1998*).

The name of the Honourable Senator Mahovlich substituted for that of the Honourable Senator Ferretti Barth (*October 5, 1998*).

The name of the Honourable Senator Cools substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*September 15, 1998*).

The name of the Honourable Senator Ferretti Barth substituted for that of the Honourable Senator Stewart (*September 15, 1998*).

The name of the Honourable Senator LeBreton substituted for that of the Honourable Senator Comeau (*June 22, 1998*).

LE SOUS-COMITÉ DES ANCIENS COMBATTANTS

Président: L'honorable Orville H. Phillips

Vice-président: L'honorable Archibald Hynd Johnstone

et

les honorables sénateurs:

Cohen	* Lynch-Staunton
Cools	(ou Kinsella (suppléant))
* Graham, c.p.	Ruck
(ou Carstairs)	

* *Membres d'office*
(Quorum 5)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Ruck est substitué à celui de l'honorable sénateur Poy (*le 18 février 1999*).

Le nom de l'honorable sénateur Johnstone est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 5 février 1999*).

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck est substitué à celui de l'honorable sénateur Johnstone (*le 5 février 1999*).

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 25 janvier 1999*).

Le nom de l'honorable sénateur Johnstone est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 25 janvier 1999*).

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck est substitué à celui de l'honorable sénateur Johnstone (*le 22 janvier 1999*).

Le nom de l'honorable sénateur Poy est substitué à celui de l'honorable sénateur Ruck (*le 5 janvier 1999*).

Le nom de l'honorable sénateur Cools est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 5 janvier 1999*).

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck est substitué à celui de l'honorable sénateur Cools (*le 11 décembre 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Ruck est substitué à celui de l'honorable sénateur Poy (*le 11 décembre 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Poy est substitué à celui de l'honorable sénateur Ruck (*le 17 novembre 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Ruck est substitué à celui de l'honorable sénateur Poy (*le 16 novembre 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Cohen est substitué à celui de l'honorable sénateur LeBreton (*le 16 novembre 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Poy est substitué à celui de l'honorable sénateur Gill (*le 3 novembre 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Johnstone est substitué à celui de l'honorable sénateur Ferretti Barth (*le 3 novembre 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Gill est substitué à celui de l'honorable sénateur Mahovlich (*le 3 novembre 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Ferretti Barth est substitué à celui de l'honorable sénateur Johnstone (*le 8 octobre 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Mahovlich est substitué à celui de l'honorable sénateur Ferretti Barth (*le 5 octobre 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Cools est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 15 septembre 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Ferretti Barth est substitué à celui de l'honorable sénateur Stewart (*le 15 septembre 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur LeBreton est substitué à celui de l'honorable sénateur Comeau (*le 22 juin 1998*).

The name of the Honourable Senator Phillips substituted for that of the Honourable Senator Kinsella (*June 22, 1998*).

The name of the Honourable Senator Comeau substituted for that of the Honourable Senator Beaudoin (*June 17, 1998*).

The name of the Honourable Senator Kinsella substituted for that of the Honourable Senator Phillips (*June 17, 1998*).

The name of the Honourable Senator Stewart substituted for that of the Honourable Senator Poulin (*June 17, 1998*).

The name of the Honourable Senator Poulin substituted for that of the Honourable Senator Forest (*June 17, 1998*).

The name of the Honourable Senator Beaudoin substituted for that of the Honourable Senator LeBreton (*June 17, 1998*).

The name of the Honourable Senator Callbeck substituted for that of the Honourable Senator Grafstein (*June 16, 1998*).

The name of the Honourable Senator Forest substituted for that of the Honourable Senator Perrault (*June 16, 1998*).

The name of the Honourable Senator Perrault substituted for that of the Honourable Senator Cools (*June 16, 1998*).

The name of the Honourable Senator Grafstein substituted for that of the Honourable Senator Stollery (*June 16, 1998*).

The name of the Honourable Senator Cools substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*June 11, 1998*).

The name of the Honourable Senator Stollery substituted for that of the Honourable Senator Perrault (*June 11, 1998*).

The name of the Honourable Senator Perrault substituted for that of the Honourable Senator Stollery (*June 10, 1998*).

The name of the Honourable Senator Stollery substituted for that of the Honourable Senator Gigantès (*June 10, 1998*).

The name of the Honourable Senator LeBreton substituted for that of the Honourable Senator Andreychuk (*June 10, 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Phillips est substitué à celui de l'honorable sénateur Kinsella (*le 22 juin 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Comeau est substitué à celui de l'honorable sénateur Beaudoin (*le 17 juin 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Kinsella est substitué à celui de l'honorable sénateur Phillips (*le 17 juin 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Stewart est substitué à celui de l'honorable sénateur Poulin (*le 17 juin 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Poulin est substitué à celui de l'honorable sénateur Forest (*le 17 juin 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Beaudoin est substitué à celui de l'honorable sénateur LeBreton (*le 17 juin 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck est substitué à celui de l'honorable sénateur Grafstein (*le 16 juin 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Forest est substitué à celui de l'honorable sénateur Perrault (*le 16 juin 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Perrault est substitué à celui de l'honorable sénateur Cools (*le 16 juin 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Grafstein est substitué à celui de l'honorable sénateur Stollery (*le 16 juin 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Cools est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 11 juin 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Stollery est substitué à celui de l'honorable sénateur Perrault (*le 11 juin 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Perrault est substitué à celui de l'honorable sénateur Stollery (*le 10 juin 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur Stollery est substitué à celui de l'honorable sénateur Gigantès (*le 10 juin 1998*).

Le nom de l'honorable sénateur LeBreton est substitué à celui de l'honorable sénateur Andreychuk (*le 10 juin 1998*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Tuesday, November 17, 1998

(21)

[English]

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:30 a.m. in Room 705, Victoria Building, the Chairman, the Honourable Senator Phillips, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Johnstone, Cohen, Phillips and Ruck (4).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Grant Purves, Research Officer.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Orders of Reference adopted by the Senate on November 5, 1997 and by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology on November 25, 1997, the subcommittee resumed its examination of the state of health care in Canada concerning veterans of war and Canadian Service persons; that the study concern itself with the availability, quality and standards of health care available to those veterans and Service persons. (*See proceedings of the subcommittee dated March 26, 1998, Issue No. 9, for complete text of Order of Reference.*)

Senator Cools, who had filled in as Deputy Chairman, had indicated that she would like to be replaced.

It was agreed — That Senator Johnstone be elected Deputy Chairman.

It was agreed — That the Chairman, Senator Johnstone and the researcher conduct a fact-finding visit to Deer Lodge in Winnipeg, Colonel Belcher Lodge in Calgary, Broadmead Lodge in Victoria, George Derby Lodge and Brock Fahrni Pavilion in Vancouver during the week of November 23, 1998.

It was agreed — That the Chairman, Senator Johnstone and the researcher conduct a fact-finding visit to Parkwood Lodge in London, Ontario, at a date to be determined.

It was agreed — That the subcommittee, clerk and researcher conduct a fact-finding visit to Veterans Affairs Canada in Charlottetown at a date to be determined.

It was agreed — That the subcommittee submit a budget request of \$38,630 to the Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology.

It was agreed — That the subcommittee undertake the communications plan including press release circulated to the subcommittee.

It was agreed — That the steering committee (Subcommittee on Agenda and Procedure) be composed of the Chairman, the Deputy Chairman and Senator Cools.

It was agreed — That the Chairman seek an extension of the reporting date.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le mardi 17 novembre 1998

(21)

[Traduction]

Le sous-comité des anciens combattants du comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 30, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable sénateur Phillips (*président*).

Membres du sous-comité présents: Les honorables sénateurs Johnstone, Cohen, Phillips et Ruck (4).

Également présent: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Grant Purves, attaché de recherche.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément aux ordres de renvoi adoptés par le Sénat, le 5 novembre 1997 et par le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le 25 novembre 1997, le sous-comité reprend son étude sur l'état des soins de santé au Canada dispensés aux anciens combattants et aux personnes des Forces armées canadiennes et plus particulièrement sur l'accessibilité et la qualité des soins de santé qui leur sont dispensés ainsi que des normes qui s'y appliquent. (*Pour le texte intégral de l'ordre de renvoi, voir les délibérations du sous-comité du 26 mars 1998, fascicule n° 9.*)

Le sénateur Cools, qui a siégé temporairement comme vice-présidente, indique qu'elle aimerait être remplacée.

Il est convenu — Que le sénateur Johnstone assume la vice-présidence.

Il est convenu — Que le président, le sénateur Johnstone et l'attaché de recherche visitent le Deer Lodge à Winnipeg, le Colonel Belcher Lodge à Calgary, le Broadmead Lodge à Victoria, le George Derby Lodge et le Brock Fahrni Pavilion à Vancouver pendant la semaine du 23 novembre 1998.

Il est convenu — Que le président, le sénateur Johnstone et l'attaché de recherche visitent le Parkwood Lodge, à London (Ontario), à une date qui reste à déterminer.

Il est convenu — Que le sous-comité, le greffier et l'attaché de recherche se rendent rencontrer des hauts fonctionnaires d'Anciens combattants Canada à Charlottetown à une date qui reste à déterminer.

Il est convenu — Que le sous-comité soumette un budget de 38 630 \$ au comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

Il est convenu — Que le sous-comité prépare un plan de communications incluant des communiqués à distribuer au sous-comité.

Il est convenu — Que le comité de direction (sous-comité du programme et de la procédure) soit composé du président, du vice-président et du sénateur Cools.

Il est convenu — Que le président demande un report pour le dépôt du rapport.

The subcommittee adjourned at 9:55 a.m. to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, February 18, 1999

(22)

[English]

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day *in camera* at 11:06 a.m. in Room 172-E, Centre Block, the Chairman, the Honourable Senator Phillips, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Cohen, Johnstone, Phillips and Ruck (4).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Grant Purves, Research Officer. Mr. Lloyd Lawless, Office of the Chair; Mr. Gerald Brit, Office of the Deputy Chairman; Mr. David Newman, Communications Adviser; and Ms Françoise Crépin, Administrative Assistant.

Pursuant to the Orders of Reference adopted by the Senate on November 5, 1997 and by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology on November 25, 1997, the subcommittee resumed its examination of the state of health care in Canada concerning veterans of war and Canadian Service persons; that the study concern itself with the availability, quality and standards of health care available to those veterans and Service persons.

The subcommittee resumed consideration of the draft final report dealing with its examination of the state of health care in Canada concerning veterans of war and Canadian Service persons.

The Honourable Senator Johnstone moved that the report, as amended, entitled "Raising the Bar: Creating a New Standard in Veterans Health Care" be adopted.

After debate, the question being put on the motion, it was agreed.

The subcommittee adjourned at 11:59 a.m. to the call of the Chair.

ATTEST:

Le sous-comité suspend ses travaux à 9 h 55 jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le jeudi 18 février 1999

(22)

[Traduction]

Le sous-comité des anciens combattants du comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à huis clos à 11 h 06, dans la pièce 172-E de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable sénateur Phillips (*président*).

Membres du sous-comité présents: Les honorables sénateurs Cohen, Johnstone, Phillips et Ruck (4).

Également présents: De la direction de la Recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Grant Purves, attaché de recherche; M. Lloyd Lawless, bureau de la présidence; M. Gerald Brit, bureau de la vice-présidence; M. David Newman, conseiller en communication; et Mme Françoise Crépin, adjointe administrative.

Conformément aux ordres de renvoi adoptés par le Sénat le 5 novembre 1997 et par le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le 25 novembre 1997, le sous-comité reprend son étude de l'état des soins de santé au Canada dispensés aux anciens combattants et aux personnes des Forces armées canadiennes et plus particulièrement de l'accessibilité et de la qualité des soins de santé qui leur sont dispensés ainsi que des normes qui s'y appliquent.

Le sous-comité reprend l'étude et l'ébauche du rapport final concernant son examen sur l'état des soins de santé au Canada dispensés aux anciens combattants et aux personnes des Forces armées canadiennes.

L'honorable sénateur Johnstone propose l'adoption du rapport, dans sa forme modifiée, intitulé: «Relever la barre: Une nouvelle norme de soins de santé pour les anciens combattants».

Après débat, la question, mise aux voix, est adoptée.

Le sous-comité suspend ses travaux à 11 h 59 jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du sous-comité,

Barbara Reynolds

Clerk of the Subcommittee

EVIDENCE

OTTAWA, Tuesday, November 17, 1998

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:30 a.m. to continue its study of the state of health care in Canada concerning veterans of war and Canadian Service persons, and to discuss future business.

Senator Orville H. Phillips (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, the first item on our agenda is the election of a deputy chairman. Senator Cools was kind enough to fill in after the retirement of Senator Bonnell, and she did an excellent job during the hearings on the Canadian War Museum. She is now very busy with other committees, however and has requested that we find a new deputy chairman.

May I have nominations for that position, please?

Senator Cohen: It is my pleasure to nominate Senator Johnstone.

The Chairman: Are there other nominations?

Hearing none, Senator Johnstone is our new deputy chairman.

The Chairman: We submitted an interim report on health care. We will now proceed to complete it.

We have proposed visiting a number of the veterans care institutions. Those institutions were suggested by Veterans Affairs Canada, and include: Deer Lodge in Winnipeg, Colonel Belcher Lodge in Calgary, George Derby Lodge in Burnaby, Brock Farni Pavilion in Vancouver, and Broadmead Lodge in Victoria. We have since had a request from Parkwood Hospital Home in London, Ontario. I propose that we deal with the institutions suggested by Veterans Affairs Canada first.

Is it agreed, honourable senators, that we visit the five institutions I have just named?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: We received a letter from the institution in London, Ontario, asking us to visit them. I have left that open until we come to the budget consideration. The institution in London is fairly large — it has 410 patients. It would be rather difficult for us to turn down that centre's request.

To keep expenses at a minimum, it is proposed that the chairman and the deputy chairman carry out the four visits next week. Our researcher, Mr. Grant Purves, would accompany us. Based on the suggestions we made in our interim report, we made up a list of points to be checked at each of the four institutions.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mardi 17 novembre 1998

Le sous-comité des anciens combattants du comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 30 afin de poursuivre son étude de l'état des soins de santé dispensés aux anciens combattants et aux personnes des Forces armées canadiennes, et pour discuter de ses travaux futurs.

Le sénateur Orville H. Phillips (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Honorables sénateurs, notre première tâche aujourd'hui consiste à élire un vice-président. Le sénateur Cools a eu l'amabilité d'occuper le poste après le départ à la retraite du sénateur Bonnell et s'est acquittée de sa tâche de façon très compétente pendant les audiences sur le Musée canadien de la guerre. Comme elle est très active au sein d'autres comités, elle nous a demandé de trouver un nouveau vice-président.

Pouvez-vous proposer des candidats, s'il vous plaît?

Le sénateur Cohen: J'ai le plaisir de proposer le sénateur Johnstone.

Le président: Y a-t-il d'autres propositions?

Comme il n'y en a aucune, le sénateur Johnstone est élu vice-président.

Le président: Nous avons soumis un rapport provisoire sur les soins de santé. Nous allons maintenant y mettre la dernière main.

Nous nous sommes proposé de visiter un certain nombre d'établissements de soins de santé pour anciens combattants. Ces établissements nous ont été suggérés par Anciens combattants Canada et incluent le Deer Lodge à Winnipeg, le Colonel Belcher Lodge à Calgary, le George Derby Lodge à Burnaby, le Brock Farni Pavillon à Vancouver et le Broadmead Lodge à Victoria. Nous avons reçu depuis une demande du Parkwood Hospital Home de London en Ontario. Je propose que nous visitions d'abord les établissements que nous a suggérés le ministère des Anciens combattants.

Les honorables sénateurs sont-ils d'accord pour que nous nous rendions visiter les cinq établissements que je viens tout juste d'énumérer?

Des voix: D'accord.

Le président: Nous avons reçu une lettre des dirigeants de l'établissement de London en Ontario et je laisse la question en suspens jusqu'à ce que nous examinions le budget. L'établissement de London est assez grand — on parle de 410 patients. Il serait assez difficile pour nous de décliner cette invitation.

Pour réduire les coûts au minimum, il est proposé que le président et le vice-président visitent les quatre établissements la semaine prochaine. Notre attaché de recherche, M. Grant Purves, nous accompagnerait. En nous fondant sur les suggestions que nous avons faites dans notre rapport provisoire, nous avons dressé une liste de points que nous devrions vérifier à chacun des quatre établissements.

Is it agreed that the chairman and the deputy chairman carry out the visit next week?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: We will now turn to the budget.

The budget was drafted using two scenarios. First, if the whole committee were to travel, the cost would be \$64,000. If only the chairman, the deputy chairman and the researcher were to travel, the cost would drop to \$43,500. That is one of the reasons we wanted to keep the expenditures down as much as possible.

Senator Johnstone: Is Deer Lodge in the City of Winnipeg? Do you know its location?

The Chairman: It is not in the centre of the city, but it is within the city limits.

Senator Johnstone: Will there be visits to places other than London later on? I am wondering how that relates to today's budget.

The Chairman: London is included in the total budget.

Are there any questions on the budget for transportation and communications to Winnipeg, Calgary, Victoria and Vancouver? Air transportation is \$12,000, ground transportation is \$700, and hotel accommodations \$2,400. There may be some economies with respect to the communications advisor and working meals. That money might not be spent, but we may have to buy our lunches and dinners.

Senator Cohen: Could you explain the per diem to me, please? I am not familiar with that.

The Chairman: On any trip there is a per diem for expenses such as gratuities and things of that nature. This is the standard committee rate. We have not exaggerated it.

As the budget now stands, it provides for the full committee to go to London. It would cost \$8,580 if the entire committee went. The cost would be reduced considerably if only the chair and deputy chair were to go.

What is your wish in that regard, honourable senators?

Senator Cohen: The two senators who are travelling to the other centres would have the continuity to go to London. Adding more senators would be futile. We have faith in the two senators to report back to us.

The Chairman: Is that satisfactory to you, Senator Johnstone?

Senator Johnstone: Yes.

The Chairman: In that case, we can reduce the cost from \$8,500 to about \$5,000.

The Chairman: The committee has usually visited Veterans Affairs in Charlottetown, and that visit usually has an open agenda. In the past, we have met with the deputy minister. We have then broken it down into various sections, and dealt with issues such as health care and the adjudication process.

Les honorables sénateurs sont-ils d'accord pour que le président et le vice-président effectuent ces visites la semaine prochaine?

Des voix: D'accord.

Le président: Nous passons maintenant au budget.

Le budget a été établi à partir de deux hypothèses. Si tous les membres du comité devaient se déplacer, il en coûterait 64 000 \$. Par contre, si seulement le président, le vice-président et l'attaché de recherche procédaient à ces visites, il n'en coûterait que 43 500 \$. C'est une des raisons pour laquelle nous voulions limiter les dépenses le plus possible.

Le sénateur Johnstone: Est-ce que Deer Lodge est situé dans la ville de Winnipeg?

Le président: Il n'est pas situé dans le centre de la ville, mais dans le périmètre de la municipalité.

Le sénateur Johnstone: Prévoit-on des visites ailleurs qu'à London plus tard? Je me demande comment rattacher cela au budget que vous nous présentez aujourd'hui.

Le président: London est inclus dans l'ensemble des dépenses.

Y a-t-il des questions au sujet des prévisions pour le transport et les communications à Winnipeg, Calgary, Victoria et Vancouver? On parle de 12 000 \$ pour le transport aérien, de 700 \$ pour le transport terrestre et de 2 400 \$ pour les chambres d'hôtel. Il est possible de réaliser des économies en ce qui concerne le conseiller en communications et les déjeuners et dîners de travail. Il se pourrait que nous ne dépensions pas cet argent, mais il nous faudrait alors payer pour nos déjeuners et nos dîners.

Le sénateur Cohen: Pourriez-vous m'expliquer ce qu'est l'indemnité quotidienne? Je ne suis pas très au fait.

Le président: Pour chaque déplacement nous prévoyons une indemnité quotidienne pour des dépenses comme les pourboires. C'est le taux normal prévu pour les comités. Nous n'avons pas exagéré.

Dans sa forme actuelle, le budget prévoit que tous les membres du comité se rendront à London, ce qui devrait coûter 8 580 \$. On réduirait le coût considérablement si seulement le président et le vice-président y allaient.

Que désirez-vous à cet égard, honorables sénateurs?

Le sénateur Cohen: Les deux sénateurs qui se rendent dans les autres villes pourraient poursuivre jusqu'à London. Il serait futile d'ajouter d'autres sénateurs. Nous faisons confiance aux deux sénateurs qui nous feront rapport.

Le président: Est-ce que cela vous convient, sénateur Johnstone?

Le sénateur Johnstone: Oui.

Le président: Dans ce cas, nous pouvons ramener le coût de 8 500 \$ à environ 5 000 \$.

Les membres du comité se rendent habituellement à Charlottetown pour rencontrer les représentants du ministère des Anciens combattants et ce, habituellement sans ordre du jour précis. Par le passé, nous avons rencontré le sous-ministre. Nous avons réparti notre temps et avons discuté de questions comme les soins de santé et la procédure de règlement des demandes.

We usually ask for figures on the number of people applying for pensions, and the breakdown in the rate for various diseases, such as arthritis and hearing loss. That also gives us a chance to complain about issues such as post-traumatic stress syndrome, which is slowly beginning to be recognized.

We also meet with the Veterans Review and Appeal Board to discuss their procedures, the number of cases they have heard, the number they have granted, et cetera. In the past, we have found it beneficial to raise complaints directly with the officials at that time. For that reason, I would like the full committee — or anyone who has any questions to raise on procedure — to accompany us to Charlottetown.

In the past, we have used travel points. I would be willing to use a travel point, as I am sure Senator Johnstone would, but in the past we have asked that our hotel bills be paid. I suggest that we leave that budget as it is with the understanding that anyone who wants to use travel points can do so.

Is that agreed, honourable senators?

Senator Johnstone: Is Charlottetown included in the overall budget we are discussing?

The Chairman: Yes.

What is the total budget for Charlottetown, including air fares, Ms Reynolds?

Ms Barbara Reynolds, Clerk of the Subcommittee: It is \$14,050.

Senator Cohen: What are the dates for the meeting in Charlottetown?

The Chairman: That is the next point.

Is it agreed, honourable senators, that the budget stand as it is, with the understanding that we would appreciate the contribution of points?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: When would be a suitable time to go to Charlottetown? The Veterans Affairs officials are willing to meet with us at any time, and on short notice.

Senator Cohen: Does it have to be before the first of the year?

The Chairman: I would like it to be before the first of the year. As you are aware, Senator Cohen, there is an omnibus bill on veterans' legislation coming in. I would like the newer members of the committee in particular to have a chance to meet with Veterans Affairs officials at Charlottetown before that bill is introduced, and that could happen at the end of this month.

The Chairman: The Senate adjourns for the Christmas break on December 11. Would anyone be willing to attend after December 11?

Senator Cohen: I would.

Nous demandons normalement des chiffres sur le nombre de personnes qui présentent des demandes de pension de même que sur les taux d'atteinte de diverses maladies, comme l'arthrite et la perte d'audition. Nous profitons aussi de l'occasion pour nous plaindre au sujet de questions comme le syndrome de stress post-traumatique que l'on commence lentement à reconnaître.

Nous rencontrons également des représentants du Tribunal des anciens combattants (révision et appel) pour discuter de leurs façons de procéder, du nombre de cas qui ont été entendus, du nombre de cas qu'ils ont retenus, et cetera. Par le passé, nous avons trouvé avantageux de soulever des plaintes directement auprès des hauts fonctionnaires. C'est la raison pour laquelle j'aimerais que tous les membres du comité — ou quiconque a des questions à poser au sujet de leurs façons de procéder — nous accompagnent à Charlottetown.

Par le passé, nous avons utilisé nos points de voyage. Je consentirais à utiliser un point de déplacement, tout comme, j'en suis convaincu, le sénateur Johnstone. Cependant, par le passé, nous avons demandé que l'on paie notre note de séjour. Je propose que nous ne modifiions pas le budget à condition que quiconque veut utiliser ses points de déplacement voyage puisse le faire.

Les honorables sénateurs sont-ils d'accord?

Le sénateur Johnstone: Est-ce que Charlottetown est inclus dans l'ensemble des dépenses dont nous discutons?

Le président: Oui.

Madame Reynolds, quel est le montant total inscrit au budget pour Charlottetown, y compris le tarif aérien?

Mme Barbara Reynolds, greffière du comité: C'est 14 050 \$.

Le sénateur Cohen: Quelles sont les dates prévues pour la réunion à Charlottetown?

Le président: C'est le prochain point dont nous discuterons.

Les honorables sénateurs sont-ils d'accord pour que le budget ne soit pas modifié à la condition que l'on nous autorise à utiliser des points?

Des voix: D'accord.

Le président: Quelle date conviendrait pour Charlottetown? Les hauts fonctionnaires du ministère des Anciens combattants sont prêts à nous recevoir n'importe quand et à court préavis.

Le sénateur Cohen: Doit-on y aller avant la fin de l'année?

Le président: J'aimerais que nous nous y rendions avant la fin de l'année. Comme vous le savez, sénateur Cohen, un projet de loi omnibus visant la Loi sur les anciens combattants doit être déposé. J'aimerais que les membres qui viennent de se joindre au comité tout particulièrement aient la chance de rencontrer les hauts fonctionnaires du ministère des Anciens combattants à Charlottetown avant le dépôt de ce projet de loi qui pourrait se faire à la fin de novembre.

Le président: Le Sénat ajourne ses travaux le 11 décembre pour le congé de Noël. Y a-t-il quelqu'un qui aimerait assister à cette réunion après le 11 décembre?

Le sénateur Cohen: Je serais de la partie.

Senator Johnstone: I would.

Senator Ruck: I would be interested in attending.

The Chairman: It will be the week of December 14, then. I will arrange a date with the deputy minister.

I will take this budget to the main committee when it meets at 9:30.

I understand that the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration insists that each budget provide for a communications advisor, and we have included \$1,000 for that. However, I am hoping that the committee on Internal Economy will allow us to issue this press release rather than spending \$1,000 on a communications advisor.

Is it agreed that I try to persuade the Internal Economy Committee to accept this press release?

Hon. Senators: Yes.

The Chairman: The next item to discuss is the steering committee. Senator Cools was on the steering committee, and is willing to remain on it. Normally, Senator Johnstone would automatically replace her.

Is it agreed that Senator Cools occupy the third position on the steering committee, although it would normally consist of two government members and one opposition member?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Our study was supposed to have been completed in December, but we will not be able to complete it by then. Is it agreed, honourable senators, that I move a motion in the Senate asking for an extension?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: With my research budget, I will probably hire some help to complete the draft report. We may ask you to come back for a day during the recess, particularly if we have a new session beginning in February. We should have the report completed before a new session begins.

Finally, I received a film on the veterans' charter from Mr. Chadderton of the National Council of Veterans Associations. I had thought it might be helpful for the committee to view that. I viewed the film last evening, however, and I find that it is more for younger people, which I appreciate very much. It deals with items such as the Veterans Land Act and other issues that are passé today. It does not deal with the hospitalization issue in which we are interested.

For that reason, I suggest that we cancel this afternoon's meeting. Is that agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: Is it also agreed that we bring our budget to the main committee?

Hon. Senators: Agreed.

Le sénateur Johnstone: Je le serais.

Le sénateur Ruck: Cette réunion m'intéresserait.

Le président: Ce serait donc la semaine du 14 décembre. Je fixerai une date avec le sous-ministre.

Je proposerai ce budget au comité principal lorsqu'il se réunira à 9 h 30.

Je crois comprendre que le comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration insiste pour que nous consacrons des fonds dans chaque budget à un conseiller en communications. Nous avons prévu 1 000 \$ à ce poste. Cependant, j'espère que le comité de la régie interne nous permettra d'émettre un communiqué plutôt que de consacrer 1 000 \$ à un conseiller en communications.

Me permettez-vous de tenter de persuader le comité de la régie interne d'accepter ce communiqué?

Des voix: Oui.

Le président: Nous allons maintenant discuter du comité de direction. Le sénateur Cools siégeait à ce comité et aimerait y rester. Le sénateur Johnstone devrait automatiquement la remplacer.

Les honorables sénateurs sont-ils d'accord pour que le sénateur Cools occupe le troisième siège au comité de direction, même si ce sont deux sénateurs du parti gouvernemental et un sénateur de l'opposition qui devraient y siéger normalement?

Des voix: D'accord.

Le président: Nous aurions dû terminer notre étude en décembre, mais nous ne serons pas en mesure de le faire. Les honorables sénateurs sont-ils d'accord pour que je présente une motion au Sénat en vue de demander un report?

Des voix: D'accord.

Le président: Avec l'argent de mon budget de recherche, je vais probablement embaucher quelqu'un pour terminer le projet de rapport. Il se peut que nous vous demandions de revenir une journée pendant le congé de Noël, surtout si nous entreprenons une nouvelle session en février. Notre rapport devrait être terminé avant le début d'une nouvelle session.

Enfin, M. Chadderton, du Conseil national des Associations d'anciens de combattants m'a fait parvenir un film sur la charte des anciens combattants. J'avais cru qu'il pourrait être utile de le faire voir aux membres du comité. Après l'avoir regardé hier soir, toutefois, je me suis rendu compte qu'il s'adresse à un public plus jeune, ce dont je me réjouis. Il y est question de la Loi sur les terres destinées aux anciens combattants et d'autres questions dépassées aujourd'hui. Il ne traite aucunement de la question de l'hospitalisation à laquelle nous nous intéressons.

Je vous propose donc d'annuler la séance de cet après-midi. Les honorables sénateurs sont-ils d'accord?

Des voix: D'accord.

Le président: Les sénateurs sont-ils également d'accord pour que nous soumettions notre budget au comité principal?

Des voix: D'accord.

The Chairman: There being no further items on the agenda, the meeting is adjourned.

The committee adjourned.

Le président: Comme nous avons épuisé l'ordre du jour, la séance est levée.

Le comité suspend ses travaux.

RAISING THE BAR: CREATING A NEW STANDARD IN VETERANS HEALTH CARE

THE STATE OF HEALTH CARE FOR WAR VETERANS AND SERVICE MEN AND WOMEN

Report of the Subcommittee on Veterans Affairs
of the Standing Senate Committee
on Social Affairs, Science and Technology

Chair of the Subcommittee
The Honourable Orville H. Phillips

Deputy Chair
The Honourable Archibald Johnstone

February 1999

MEMBERSHIP

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology:

The Honourable Lowell Murray, P.C., *Chair*

The Honourable Peggy Butts, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Cohen, Erminie Joy

Cools, Anne C.

Ferretti Barth, Marisa

Gill, Aurélien

*Graham, B.A., P.C.

(or Carstairs, Sharon)

Johnstone, Archibald

Lavoie-Roux, Thérèse

LeBreton, Marjory

*Lynch-Staunton, John

(or Kinsella, Noël)

Mahoney, Marian

Phillips, Orville H.

Ruck, Calvin

**Ex Officio Members*

Cathy Piccinin

Clerk of the Committee

The Subcommittee on Veterans Affairs:

The Honourable Orville H. Phillips, *Chair*

The Honourable Archibald Johnstone, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Cohen, Erminie Joy

Cools, Anne C.

*Graham, B.A., P.C.

(or Carstairs, Sharon)

*Lynch-Staunton, John

(or Kinsella, Noël)

Ruck, Calvin

**Ex Officio Members*

Note: Former Senators Hon. Lorne Bonnell, Hon. Jean Forest and Hon. Duncan Jessiman also served on the Subcommittee during the course of this study.

Barbara Reynolds

Clerk of the Subcommittee

ORDERS OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of Wednesday, November 5, 1997:

The Honourable Senator Bonnell moved, seconded by the Honourable Senator Ferretti Barth:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report on the state of health care in Canada concerning veterans of war and Canadian Service persons; that the study concern itself with the availability, quality and standards of health care available to those veterans and Service persons;

That the Committee have power to authorize television and radio broadcasting, as it deems appropriate, of any of its proceedings; and

That the Committee submit its report no later than June 30, 1998.

The question being put on the motion, it was adopted.

Paul C. Bélisle
Clerk of the Senate

Extract from the *Minutes of Proceedings* of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology of November 25, 1997:

The Honourable Senator Bonnell moved, -

That the Subcommittee on Veterans Affairs examine and report on the state of health care in Canada concerning veterans of war and Canadian Service persons; that the study concern itself with the availability, quality and standards of health care available to those veterans and Service persons;

That the Subcommittee have power to authorize television and radio broadcasting, as it deems appropriate, of any of its proceedings; and

That the Subcommittee submit its report no later than June 30, 1998.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

Jill Anne Joseph
Clerk of the Committee

Extract from the *Journals of the Senate* of June 16, 1998:

That, notwithstanding the Order of the Senate adopted on November 5, 1997, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology which was authorized to examine and report on the state of health care in Canada concerning veterans of war and Canadian Service persons, be empowered to submit its final report no later than December 30, 1998; and

That the Committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit its report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting; and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

The question being put on the motion, it was adopted.

Extract from the *Journals of the Senate* of Wednesday, December 9, 1998:

The Honourable Senator Phillips moved, seconded by the Honourable Senator DeWare:

That, notwithstanding the Order of the Senate adopted on November 5, 1997, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology which was authorized to examine and report on the state of health care in Canada concerning veterans of war and Canadian Service persons, be empowered to submit its final report no later than February 26, 1999; and

That the Committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit its report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting; and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

The question being put on the motion, it was adopted.

Paul C. Bélisle
Clerk of the Senate

OPENING COMMENTS

Two years ago, as this Subcommittee finished a major report on the topic of pensions, we had to decide what issue we would focus on next. The decision was obvious: the state of health care for veterans and service persons in Canada.

The Subcommittee issued an interim report on this subject more than a year ago, and had its study of health care temporarily interrupted with another urgent study on issues surrounding the Canadian War Museum.

It should be recognized that the study represents the culmination of three years of work of the Subcommittee, on the issues of pensions, health care, and commemoration.

This report also represents an important first in co-operation between the Subcommittee and the Department of Veterans Affairs. The department provided Mr. John Walker to accompany the Subcommittee on its fact-finding missions. The Subcommittee cannot adequately express this gratitude, as this provided immediate solutions to some situations in facilities, and a new line of communication and understanding between the Subcommittee and department.

It should be recognized that the Subcommittee is coming to the end of a long journey, both with the tabling of this report and new legislation looming. The department has made great strides in its policies and standards, but it has further to go. Individuals like Deputy Minister David Nicholson should be commended for their leadership. It is the hope of the Subcommittee that the pace of the improvements in care and services being made available to veterans only increases, so that the many deserving men and women can obtain them before their passing.

Progress has been a theme not only of the Subcommittee's work over the past three years, but within this study as well. Senators were impressed to see the vast improvement in facilities and care at Sunnybrook Hospital since their first visit there more than a year ago.

If there is one message the Subcommittee would like to leave with the reader, the government, and those who work in veterans care, it is simply that by developing a national standard of care and adhering to it, we can better serve the men and women. These are the same men and women who served without question on foreign soil so many years ago.

I would be remiss in not thanking the many individuals who have assisted the Subcommittee in completing this report. I would like to thank my Deputy Chair, Senator Johnstone, who travelled with me to visit 70% of the veterans care beds in the country. As well, Grant Purves, from the Library of Parliament, Barbara Reynolds, our clerk, and Françoise Crepin, our administrative assistant, served the Subcommittee exceptionally. Thanks go also to Lloyd Lawless from my Senate office and Gerry Birt from the office of the Deputy Chair. There are too many witnesses, veterans, and health care professionals who provided such fair and honest testimony, to thank them individually: so I'll do so collectively here.

As this will mark my last report as Chair of the Subcommittee, with my retirement from the Senate looming, I would like to thank all of the individuals who assisted the work of the Subcommittee in years past.

This Subcommittee, and the Senate, leave an important legacy of reports for veterans. I only hope this work can continue in the Senate, and that others can build on the work that has been completed to better the quality of life of each and every Canadian veteran.

Orville H. Phillips
Chair

COMMENTS FROM DEPUTY CHAIR

It is my privilege, after more than five decades, to again be associated with the Honourable Orville Phillips. During the 1940's, Senator Phillips and I attended Prince of Wales College in our native Prince Edward Island. While at PWC we spent two years in Air Cadets in the same squadron, including summer camp. During World War Two, as aircrew members, we again shared similar experiences having served in Bomber Command in the European Theatre of War. I am pleased that once again our paths have crossed, this time in the service of Canada's veterans.

Among those who assisted us in making this report possible were the Honourable Fred Mifflin, Minister of Veterans Affairs for Canada, his Deputy Ministers and staff who co-operated fully with the Subcommittee, often at considerable expenditure of time and effort. We thank them most sincerely.

The fact that we are responding to problems and deficiencies found during our study of veterans facilities and are thereby making suggestions does not in any way imply that we found any lack of empathy or dedication by caregivers in the carrying out of their responsibilities. It takes a very special person to care for wartime veterans. We are, in fact, impressed with those who are charged with the often difficult and onerous duty of caring for the incapacitated and elderly at the many veterans facilities we visited across Canada.

Veterans are a group apart. Having volunteered their all, including life itself, they are a proud people not given to undue complaint, and they scorn to be importunate. They have earned the right of proper care within an environment which offers an acceptable quality of life.

Not to be forgotten is that, although elderly and occasionally incapacitated, the quality of life experienced by veterans is greatly enhanced when their rights are recognized and acted upon. Paramount among these is their right to dignity and their right to be consulted.

As veterans age their numbers dwindle with those remaining experiencing more not fewer needs. It is not too much to expect that we, as Canadians, will do all in our power to make their remaining years as comfortable and enjoyable as is humanly possible. It is my hope that this report will go a long way in achieving that end.

Archibald H. Johnstone, C.D.
Deputy Chair

TABLE OF CONTENTS

	<u>Page</u>
RECOMMENDATIONS	1
INTRODUCTION	9
The Mandate of the Subcommittee	9
A Note on Veterans of the Merchant Navy	9
The Organization of the Final Report	10
PART ONE - VISITS TO VETERANS HEALTH CARE CENTRES	11
The Lodge at Broadmead, Victoria, B.C.	11
George Derby Centre, Burnaby, B.C.	14
The Brock Farhni Pavilion, Vancouver, British Columbia	16
Colonel Belcher Veterans' Care Centre, Calgary, Alberta	18
Deer Lodge, Winnipeg, Manitoba	20
Parkwood Hospital, London, Ontario	23
Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre, Toronto, Ontario	25
The Perley and Rideau Veterans' Health Centre Ottawa, Ontario	28
Camp Hill Hospital Halifax, Nova Scotia	30
Ste Anne's Hospital Ste Anne de Bellevue, Quebec	31
PART TWO - GENERAL ISSUES	33
1. Issues of Leadership and Government	33
A. Standards of Care	34
B. Standards of Institutional Care	35
(a) Staff	35
(b) Food	37
(c) Veteran Safety Issues	38
(d) Implementation of a Standard of Institutional Care	40
C. Standards of Care for the Independent Veteran	41
(a) The Veterans Independence Program	41
(b) Creative Housing Solutions	43
2. Turning 4082 beds in 76 Institutions into a Network	45
3. Administrative Issues	47
(a) Consultations	47
(b) Funding for Training	48
(c) Billing the Treatment Accounts Processing System (TAPS)	49
(d) Recognition of Volunteers	49

PART THREE - PENSIONS AND OTHER ISSUES	51
1. Pensions.....	51
2. Other Issues	56
A. War Veterans Allowance – Near Recipients.....	56
B. Veterans of Peacekeeping Missions	56
3. Conclusion.....	57
APPENDIX 1 Witnesses and Individuals Met during the Course of this Study.....	1
APPENDIX 2 Recommendations from the First Report.....	7
APPENDIX 3 Message from the Department of Veterans Affairs	9

RECOMMENDATIONS

1. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada and other government departments and agencies, when referring to veterans, note that veterans of the Merchant Navy are included in the definition or figures given.
2. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada work with the management of the Lodge at Broadmead and local veterans organizations to build and equip a warm, sheltered outdoor area in which veterans can smoke without being exposed to the elements.
3. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada intervene with the provincial and Capital Health Board authorities to oppose any further increases in the workload of staff at the Lodge at Broadmead without a corresponding increase in staffing levels.
4. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs strongly oppose any move to amalgamate the Lodge at Broadmead with the Capital Health Region.
5. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada urge the province of British Columbia and the Capital Health Region to support the expansion of the Lodge at Broadmead and that the department contract for as many additional veterans priority beds as possible.
6. The Subcommittee fully supports the initiative to develop a Veterans Health Care Centre and outreach program at the Lodge at Broadmead and urges Veterans Affairs Canada to fund and develop it as a model for the other regions.
7. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada offer to help establish and finance ongoing training in long-term care of the elderly for the staff of the George Derby Centre.
8. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada continue to assist the Board of the George Derby Centre in every way possible to become a multi-level facility.
9. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada take the initiative in ensuring that the department, veterans organizations and the management co-operate in re-decorating the Brock Fahrni Pavilion and in acquiring some new furniture. In particular, they should study the feasibility of transforming the second floor into an attractive main street and of developing a recreation and meeting hall large enough to seat at least 200 persons.

10. The Subcommittee recommends that the sprinkler system in the Brock Fahrni Pavilion be extended to cover the top two floors if this work has not already been done.
11. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada evaluate the night time staffing levels on the veterans' wards at Brock Farhni Pavilion and have them increased if necessary.
12. The Subcommittee recommends that the Minister of Veterans Affairs intervene with the relevant ministers and officials of Alberta as soon as possible to win their support for an immediate decision to finance construction of a new facility for the Colonel Belcher Veterans' Care Centre
13. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada help design and implement an appropriate training program for staff at the Colonel Belcher Veterans' Care Centre and that it provide additional funding for electric beds and for increased assistance from a social worker.
14. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada contribute to the costs of upgrading the bathing facilities in the veterans wing of Deer Lodge.
15. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada ensure immediate steps are taken to improve air quality in Deer Lodge and require that any solution chosen not prejudice the safety of veterans in an emergency.
16. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada intervene directly with the Province of Manitoba and the supplier of meals to insist that the latter improve the quality of the meals served veterans at Deer Lodge.
17. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada help Deer Lodge management train staff in techniques of handling re-thermalised meals.
18. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada and its local officials continue to help the management of Deer Lodge find and implement short-term ways of improving the quality of meals.
19. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada offer Parkwood Hospital assistance in making the dementia ward more homelike and functional.
20. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada strongly encourage the plan to change the service style from tray style to bulk dining room service in the Western Counties Wing of Parkwood Hospital. The same plan should also be considered for the Hospital itself.

21. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada work with the management and staff of Parkwood Hospital to provide more assistance at mealtimes and greater stability in the staff assigned to care for the individual veteran.
22. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada encourage Parkwood Hospital to proceed on an experimental basis with the idea of boarding out-of-town visitors with city spouses willing to offer accommodation.
23. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada ensure that the Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre can complete the Behaviourable Care Unit and the modernization of Kilgour Wing without delay.
24. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada explore ways of providing veterans in Kilgour Wing of Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre with the assistance of additional staff at supertime.
25. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada meet regularly with the Board and Management of the Perley and Rideau Veterans' Health Centre to review the latter's plans to deal with the crisis brought about by the ongoing cuts to its funding. It further recommends that Veterans Affairs Canada offer to do everything possible to mitigate the impact of these cutbacks.
26. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada ensure that the money it has saved and will save through reduced *per diem* contributions to the operational costs of the Perley and Rideau Veterans' Health Centre is returned to the Centre in ways that directly benefit veterans.
27. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada ensure that the Board and Management of the Perley and Rideau Veterans' Health Centre are aware of and respect the responsibility of Veterans Affairs Canada to guarantee an appropriate level of care for veterans, regardless of provincial standards.
28. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada offer to finance and support the research of Camp Hill Hospital into improved out patient services and that it offer research and development funding for "hip pads" and other innovative devices.
29. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada and the management of Camp Hill Hospital review the Hospital's evacuation plans.

30. The Subcommittee recommends that the Department indefinitely postpone the transfer of Ste Anne's Hospital to the Province of Quebec, that the Department amend veterans legislation to permit the spouses of disabled veterans to occupy beds reserved for veterans, and that Ste Anne's Hospital be gradually modernized to this end.
31. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada adopt the "quality of life" of a veteran as the guiding principle of departmental policy and spending decisions on veterans health care and that this principle underlie the standards of care adopted for veterans in institutions and for veterans living at home.
32. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada:
 - make available a series of training videos which illustrate the service and sacrifices of veterans;
 - prepare training videos that outline the qualities and medical conditions that may set veterans apart from the general population and summarise the various special treatments and services available to them; and,
 - ensure that the standards of care refer to the need to have this material integrated into the training of new staff.
33. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada review the staffing levels of hospitals and residences under contract, and in the Veterans Affairs standards of institutional care establish levels of acceptable staffing that exceed minimum safety levels and offer veterans the comfort margin necessary to maintain a high quality of life.
34. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada review the staffing levels on veterans wards of chronic care hospitals and ensure that the standards of institutional care provide for additional staffing on these wards.
35. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada standards of institutional care ensure that in the event of layoffs, only the most junior staff on veterans wards are subject to bumping and that no staff with six months experience or more on dementia wards be subject to bumping unless by someone judged to have an equal degree of training and/or experience.
36. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada standards of institutional care specify that Veterans Affairs Canada, a veterans organization, or a charitable organization shall have the right to hire part-time staff to provide extra care for veterans, under such terms and conditions as the department or the organization shall decide.
37. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada encourage the on-site preparation of meals.

38. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada standards of institutional care establish a minimum standard of veteran satisfaction with the meals provided and that facilities meeting or exceeding this standard be rewarded with a premium equal to 10% of their per patient or per resident food expenses.
39. The Subcommittee recommends that wherever possible Veterans Affairs Canada supply veterans wards with commercial toasters.
40. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada study the steps Sunnybrook hospital has taken to improve the quality of meals and make this information available to all institutions with a re-thermalised food service.
41. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada encourage facilities to form “meal” clubs for veterans who are interested in food preparation and to encourage family and volunteers to reserve the small kitchens available to prepare special meals or treats for veterans. Veterans Affairs Canada should make a reasonable contribution to the equipment of the kitchens and pay for the food costs of these meal clubs.
42. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada standards of residential care include the requirement that facilities with more than one floor have a plan and the equipment necessary to carry out a vertical evacuation of the building with the staff available.
43. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada evaluate safety equipment that could be used to assist a limited number of staff carry out a successful vertical evacuation.
44. The Subcommittee recommends that the Veterans Affairs standards of residential care include a requirement that veterans have the equivalent of a Food and Travel Pass encoded with essential medical information, the Pass to accompany them during any evacuation of their ward.
45. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada adopt accreditation in good standing by the relevant national organization as a condition of placing veterans in a hospital or long-term care facility.
46. The Subcommittee recommends that a “Veterans’ Charter” be developed to set out the additional standards which must be met by the individual hospital or long-term care facility. The Subcommittee further recommends that the terms of this “Veterans’ Charter” be included in the agreement between Veterans Affairs Canada and the individual institution.

47. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada negotiate agreements with individual provinces to allow hospitals and long-term care facilities with more than 50 veterans a degree of autonomy from the regional health authority.
48. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada offer designated facilities building loans to carry out construction, expansion or modernization of veterans care beds on a priority basis.
49. The Subcommittee recommends that enhancing the quality of life of the independent veteran and his or her spouse become the guiding principle of the Veterans Independence Program rather than incidental to the cost advantages of reducing the need for institutional care.
50. The Subcommittee recommends that the Government of Canada take steps to extend some form of Veterans Independence Program benefits to those veterans with overseas service who are entitled to a veterans priority bed and are at risk of losing their independence.
51. The Subcommittee recommends that the Veterans Independence Program compensate a spouse or a family member for the cost of parking while making regular visits to an institutionalised veteran.
52. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada expand Veterans Independence Program benefits to cover the travel costs of out-of-town spouses who visit institutionalised veterans and, where necessary and desirable, to pay for the costs of overnight accommodation.
53. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada, as a millennium project, initiate a project to build at least two experimental "clusters" of housing for aged veterans and their spouses in regions of the country where waiting lists for veterans priority beds are already long and are expected to get longer.
54. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada compensate family doctors for consultations with the medical or nursing staff looking after a veteran in a hospital or long-term care facility, and for consultations with family members making treatment decisions on behalf of the veteran.
55. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada provide long-term care facilities with funding to upgrade the training of the nursing and care giving staff looking after veterans. This funding should include the costs of replacing staff taking courses;

56. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada develop an inventory of recommended training courses and materials on caring for the elderly and the very old, and related subjects; and,
57. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada, in consultation with the professional staff of Ste Anne's Hospital, develop new training videos and training material as necessary.
58. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada revise the Treatment Accounts Processing System (TAPS) to simplify billing by institutions, and that all institutions be regularly briefed about what benefits can be billed.
59. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada and the Veterans Review and Appeal Board Canada form a committee to investigate the possibility of systemic discrimination in the pension adjudication process and that representatives of the veterans organizations be asked to participate in the study.
60. The Subcommittee recommends that once a condition is accepted as service related, its further deterioration or aggravation be attributed to the conditions of service, not to age.
61. The Subcommittee recommends that the final decision about the assessed level of disability to be granted a veteran or member or ex-member of the Canadian Forces be made by the District Medical Officer who has examined and interviewed the applicant, in consultation with the family doctor and/or specialist.
62. The Subcommittee will monitor implementation of Veterans Affairs Canada's promise to develop a standardized information and procedures manual for use in the field and a training module for pension officers.
63. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada authorize the Bureau of Pensions Advocates to hire sufficient staff to ensure that lawyers have the time to thoroughly prepare their cases for submission, and to thoroughly brief themselves about a case before presenting it to a review or appeal board.
64. The Subcommittee recommends that veterans organizations be represented on all review and appeal boards by a non-voting member of their choosing.
65. The Subcommittee recommends that recipients of the War Veterans Allowance be allowed to deduct from income for the purposes of determining eligibility for payments, the costs of prescription and non-prescription drugs, medical equipment and medical supplies recommended by a doctor to treat a medical condition.

66. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada pay a non-governmental organization to establish, operate and to advertise a toll-free counselling service for veterans of peacekeeping missions.
67. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada establish a toll-free counselling service to provide at home veterans and their care givers with advice, emotional and social support.
68. The Subcommittee recommends that the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology follow up the present report by forming a task force to re-visit the institutions to evaluate progress in implementing these recommendations and to visit and report on the health care offered veterans in smaller communities. The Subcommittee recommends that the director of residential care of Veterans Affairs Canada be asked to accompany the task force on these visits and that the task force submit its report within one year.

The Mandate of the Subcommittee

The Subcommittee on Veterans Affairs received on 25 November 1997 the mandate to examine and report on the state of the health care provided Canadian war veterans and Service personnel following their discharge from military service. During the week of 15 December 1997, the Subcommittee heard from the Royal Canadian Legion and the National Council of Veteran Associations to draw on the experience of their service branches before visiting Sunnybrook hospital in Toronto, Ste Anne's Hospital in Ste Anne de Bellevue, and Veterans Affairs Canada in Charlottetown. The pressure of other work forced the Subcommittee to interrupt this study and turn its attention to other matters. As a result, in March 1998 it tabled its First or interim Report, *Long-term Care, Standards of Care and Federal-Provincial Relations*. At this time, however, the Subcommittee had only been able to visit the two largest veterans health care centres. Many more facilities across the country have been visited since then.

The Subcommittee visited Ottawa's Perley and Rideau Veterans' Health Care Centre in early June before the Senate rose for the summer. In November the Subcommittee decided that it would be almost impossible to arrange for all of its members to participate in a tour of health care centres in the West and the Maritimes. This responsibility would be undertaken by a two-member task force consisting of the Chair of the Subcommittee, the Honourable Orville Phillips, and the Deputy Chair of the Subcommittee, the Honourable Archibald Johnstone. In November, December and January they visited veterans in nine residences located in British Columbia, Alberta, Manitoba, Ontario, and Nova Scotia. A planned trip to Newfoundland had to be cancelled due to an outbreak of influenza in the facility to be visited.

A Note on Veterans of the Merchant Navy

It should be noted that the veterans of the Merchant Navy have been fully integrated into the figures and estimates about veterans provided by Veterans Affairs Canada. However, this is not always noted where publications define "veteran" or "overseas veteran", nor is it footnoted when the number of veterans is given or estimated. Since veterans of the Merchant Navy were excluded from the definition until recently, it is important to draw attention to the fact that they now have the status of veteran.

1. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada and other government departments and agencies, when referring to veterans, note that veterans of the Merchant Navy are included in the definition or figures given.

Members of the fact-finding task force were pleased to find that some veterans' residences included veterans of the Merchant Navy among their residents.

The Organization of the Final Report

The visits to individual hospitals and residences, and the formal and informal meetings with veterans, senior management and staff were the most important part of our study of the health care afforded veterans in priority beds. These visits gave rise to recommendations about specific health care facilities. As a result, the first part of the Final Report gives a brief account of the visit to each facility, the observations of our fact-finding task force, and, our specific recommendations, if any. Since Sunnybrook hospital was revisited, a note on this visit is included as is a progress report on the recommendations made in the First Report. Although Ste Anne's Hospital was not re-visited, a revised version of the earlier observations is included: the visits to health care facilities across the country reinforced the belief that it has a critical and continuing role to play as a "centre of excellence", a factor which we wanted to be reflected in the Final Report.

The second part of the Final Report treats the general issues which arose from the visits to individual facilities, from the contacts with veterans organizations and from the two visits made to Charlottetown to meet with officials of Veterans Affairs Canada. These issues include developing communications among the management and staffs of the various veterans residences, standards of care, independent living at home and in specially-built homes, staffing and staff training, etc.

The last part of the Report is devoted to the adjudication of pensions by the Department and the Veterans Review and Appeal Board and to the other issues that have arisen during the discharge of the mandate of the Subcommittee.

PART ONE

VISITS TO VETERANS HEALTH CARE CENTRES

Members of the fact-finding task force of the Senate Subcommittee on Veterans Affairs were able to visit, tour and question the management of ten of the fifteen hospitals and residences that are home to 50 or more veterans. Together, the facilities visited are responsible for almost 70% or 2,826 of the 4,082 departmental, priority and contract beds spread across the country. They have one very important element in common; they are dominated by a veteran culture even though they may also have a substantial number of community beds.

The veteran culture is based on the memory of wartime service and of battlefield trauma, whether experienced personally or through the memory of long-dead comrades. It is of course an overwhelmingly masculine culture, although a number of female veterans are an honoured part of it, and as such, it can be marked by levels of aggression and of past abuse of alcohol that are higher than normal among the elderly. Each of the hospitals and residences visited value and wish to maintain their veteran culture, but each must deal with a different regional health authority, even within the same province, as well as with Veterans Affairs Canada. They appear to have few contacts with each other, to know little about each other's activities and programs. As a result, they must be treated individually.

Members of the task force were left with a strong impression of the strengths and weaknesses of each hospital and residence. Without exception, however, each offered veterans a superior level of care and superior opportunities for recreation. The following summary includes those recommendations which apply to the individual facility.

The Lodge at Broadmead, Victoria, B.C.

The Lodge at Broadmead is a new multi-level care residence that has 115 veterans priority beds and 110 community beds. The beds are spread among six lodges with 30-45 residents each. The three Level A lodges offer "intermediate level" care and are primarily for those residents who have little or no cognitive impairment and need a moderate amount of assistance with the basic activities of daily living. The three Level B lodges, offer "extended level" or "long-term" care and look after those who have moderate to severe cognitive impairment and require a relatively high level of assistance. Almost all the rooms are private, but couples can be accommodated in the 12 semi-private rooms that are available. Veterans have either an electric bed which can be operated by the occupant or, if they suffer from cognitive impairment, a hydraulic bed which is adjusted by a staff member. The Lodge operates its own kitchens preparing the food in bulk for the different dining rooms and residents seemed pleased with the quality of the meals.

The Lodge was well-planned to look after residents with a range of needs, from the largely independent residents free to come and go as they please, to those suffering from Alzheimer's who must live in a protective environment. This flexibility is possible because each of the six lodges has been organised to offer a slightly different level of care, programs and services. The three A Level lodges are grouped along the main street near the main entrance and have access to outdoor conservatories and a therapeutic garden: residents are placed according to their interests and level of independence. The three B Level lodges, on the other hand, allow the physically infirm but mentally alert to live in a lodge with unsecured doors and separate dining and bathing rooms. Those suffering from severe cognitive impairment and behavioural problems are kept in a secure lodge where they have access to two therapeutic gardens. Many of the residents of the third lodge require palliative care as well as frequent assistance in the routines of daily living, such as transfers from bed to wheelchair to bathroom, eating, etc.

The Lodge is equipped with smoke detectors, automatic sprinklers and fire doors which divide it into fire zones. There is a comprehensive Fire Safety Plan and a Disaster Plan which are updated in co-operation with local officials. The Fire Safety Plan is based on horizontal evacuation by pushing residents in dining room chairs or by towing them on comforters. Although the Lodge is built on a slope which gives each of the two floors a ground level exit, management is considering purchase of EVAC chairs for the stairwells. Fire and safety training is part of the general orientation offered new staff members and is refreshed and upgraded regularly.

The one potential safety problem that has not been addressed is the question of providing a sheltered area where residents (and staff) can smoke. The indoor smoking area has been closed by political/bureaucratic *fiat*. As a result, veterans 80 and older are forced to go outdoors in the cold and wet to have a smoke. This is unacceptable and can only lead to the risk of a fire caused by surreptitious smoking.

- 2. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada work with the management of the Lodge at Broadmead and local veterans organizations to build and equip a warm, sheltered outdoor area in which veterans can smoke without being exposed to the elements.**

The members of the task force benefitted from long meetings with senior management and staff. The most critical issues management faces are connected with cutbacks in funding and the downloading of additional responsibilities. The Lodge has been under severe financial pressure for the past few years. To date management has offset the cutbacks in funding by reducing the budgets for administration and services rather than by directly reducing the budgets for resident care, a process which can be called "death by a thousand cuts" as a little money is lost here, and there, and there, and here again, etc. Non-wage budgets have not been increased for at least 4 years and there is no contingency budget or compensation for events such as the recent power outage which cost the Lodge \$10,000 for damages caused and emergency supplies used, an amount which has been covered by juggling accounts.

Although there have been no staff cuts, the level of resident care has suffered because the existing staff must now do much of the work that used to be done by the staff of acute care hospitals. Lodge staff are now expected to provide most of the post-operative care and rehabilitation residents need following surgery because patients are discharged after two days, rather than spending six to ten days in hospital. Palliative care absorbs an increasing amount of care giver time (typically 2-3 weeks) and it involves not only intensive nursing of the patient, but also comforting and counselling family members. Staffing levels do not take into consideration these additional duties, nor do they take into account the fact that while the family supports the veteran, family members in turn need support from the Lodge. Staff can, in effect, spend almost half their time dealing with family members. Nor is it easy to involve the residents' doctors because they are not paid for consultations with Lodge staff or for counselling family members.

Staffing levels were described as "minimally OK", as far as safety is concerned, but as "inadequate" to provide the rehabilitation and rehabilitative maintenance many residents need. As a result, anything out of the ordinary can tip the balance and residents will not get the level of care they should get, and, in the case of veterans, are entitled to.

- 3. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada intervene with the provincial and Capital Health Board authorities to oppose any further increases in the workload of staff at the Lodge at Broadmead without a corresponding increase in staffing levels.**

The Capital Health Region wants to absorb the Lodge at Broadmead and have it give up its separate food and laundry service. Management is not in favour of more than an affiliation or association with the Capital Health Region. With its budget of \$12 million, the Lodge would have very little influence inside an organization with a budget in excess of \$500 million. Nor would it be possible to maintain and develop the veteran culture that sets Broadmead apart as the largest veterans' residence on Vancouver Island.

- 4. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs strongly oppose any move to amalgamate the Lodge at Broadmead with the Capital Health Region.**

Management agreed that national standards for the care of veterans would be very useful in ensuring some degree of uniformity of care, and in drawing attention to their special needs and entitlements. From their standpoint it could have the additional advantage of establishing a degree of independence from the policy vagaries of regional health authorities.

Since a single national standard would be very difficult and time-consuming to negotiate and implement, Veterans Affairs Canada should consider working together with the Canadian Council on Health Services Accreditation Standards to develop a standard measurement of client satisfaction and a standard of care appropriate for veterans. Certainly these standards should stress the need to educate new staff about the contribution of veterans and the needs of veterans and the elderly in general and provide for continuing education. These standards

could then become a part of the accreditation process and be incorporated into the Department's contracts with the individual facilities.

The Lodge at Broadmead should be encouraged to expand. It is a modern, well run, multi-level facility with 114 veterans on the waiting list for its 115 veterans priority beds. This represents a waiting time of 14 months before the veteran can be admitted. The Lodge is one of the few facilities that can accommodate both the veteran and his or her spouse. Since the waiting list for the community beds is even longer than that for veterans- about 4 years- the province and regional health authority should also be interested in providing more beds.

- 5. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada urge the province of British Columbia and the Capital Health Region to support the expansion of the Lodge at Broadmead and that the department contract for as many additional veterans priority beds as possible.**

Veterans Affairs Canada and the management of the Lodge are working together to develop a Veterans Health Care Centre which will give veterans and their spouses access to a geriatric assessment and treatment program. These services will be complemented by a social and recreational program so that together they will offer the family caregiver respite, support, education and counselling. Developing a Veterans Health Care Centre at the Lodge will thus ease some of the pressure on those veterans and their families who are waiting for a bed to become available in the Capital Health Region.

- 6. The Subcommittee fully supports the initiative to develop a Veterans Health Care Centre and outreach program at the Lodge at Broadmead and urges Veterans Affairs Canada to fund and develop it as a model for the other regions.**

George Derby Centre, Burnaby, B.C.

The original George Derby Centre was opened in 1947 as part of the Shaughnessy Hospital complex to assist veterans reintegrate following the acute care phase of their recovery by offering physical and occupational therapy programs as well as job retraining and rehabilitation. The complex was transferred to the province in 1974 and in 1988 a new George Derby Centre was opened as an intermediate care facility with 300 priority access beds for veterans.

The George Derby Centre was designed and is administered as a home and community for the resident veterans. The building is set in spacious grounds which resemble a park with walking paths, secluded areas and gardens. The property is on a slope and the four resident living areas all have direct access to the grounds and to outdoor courtyard areas, patios and sheltered gazebos. Inside, the front entrance of the three level building is the focal point of an "agora" or town centre that includes a multipurpose activity area, the gift shop/canteen, an indoor smoking area (about 60% of residents are smokers), and the library. Banking services, the

dental office, the barber and beauty salon, the chapel and the creative artworks studio are further along the main street. Residents live in private rooms although there are 9 double rooms for those who prefer to share or for those who are waiting for a private room.

Within the intermediate level of care the Derby Centre can offer separate accommodation for those who are basically independent as well as for those who need more help because of age or physical disability and for those who require specialized psychogeriatric care. Management believes very strongly that all those who come in contact with veterans should be treated as part of a multidisciplinary team. Thus the team includes support staff, the nutritionists and kitchen staff and social workers and volunteers as well as the medical staff. A special effort is made to assign the same staff to care for individual residents who are cognitively impaired because they tend to become somewhat paranoid and frightened when approached by people they do not deal with regularly.

The residents have their meals in small dining rooms. Initially food service was based on re-thermalised meals, but the veterans rejected the idea of being given a tray three times a day. In 1994 the Centre began to cook meals the traditional way in its own kitchens. Residents are offered snacks throughout the day and evening and, since dehydration can be a serious problem among the elderly, can freely serve themselves juice, coffee and water at "fluid stations" located in different parts of the building.

Independent since the Shaughnessy Hospital was closed, the Centre maintains contact with its roots in rehabilitation and job training with an excellent occupational therapy program. The large creative artworks studio is particularly impressive and residents actually speak enthusiastically of "going to work" at their weaving, painting, ceramics and woodworking. Residents are also encouraged to "work" outdoors in the garden plots, vegetable gardens and in the greenhouse.

The members of the task force were impressed by the relationship between the Centre and the Simon Fraser Health Region. Only 20% of the veterans resident in the Centre have spent their adult lives in the region, the rest come from other parts of the province and from across Canada. The Board of the Centre is determined to preserve a unique veteran culture and worked hard to negotiate an affiliation agreement with the Region that leaves it sufficient autonomy to set its own priorities. Amalgamation has been opposed because it would mean the loss of a separate board of directors and the autonomy of management. The Centre is associated with the Region for certain purposes, such as bulk purchasing of medical supplies and equipment, waste management, etc.

The Centre has not suffered from funding cuts. On the contrary, since the residents require more extensive care as they age, funding has been increased and the additional money has been used to increase nursing and support staff. It now receives its funding from the region, rather than from the province, a process that give rise to some worry about future levels of funding, because the regional health authority does not have much experience with veterans.

While staffing levels are not an immediate concern, getting funding for ongoing training is very difficult. Long-term care is just beginning to win respect as a nursing/care giving specialty that requires an emphasis on the whole patient and his or her family. Most attention is still given to the development of acute care qualifications

- 7. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada offer to help establish and finance ongoing training in long-term care of the elderly for the staff of the George Derby Centre.**

The Board and management of the George Derby Centre want to expand the Centre and develop it into a multi-level facility offering both intermediate and extended-care programs. This would allow the resident veterans "to age in place" rather than being forced to move should their health deteriorate to such a degree that they need extended level care. Although its resident population makes it more of a provincial and even a national institution, it will need the financial support of the regional health authority to expand and become multi-level.

- 8. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada continue to assist the Board of the George Derby Centre in every way possible to become a multi-level facility.**

The Brock Farhni Pavilion, Vancouver, British Columbia

The Brock Farhni Pavilion was opened in 1983 and, since 1993, has been administered by St. Vincent's Hospital. It provides extended care to veterans in 150 priority beds. Virtually all the veterans are wheelchair bound and a great many also suffer from some degree of cognitive impairment. About 60% are smokers. Most residents live 4 to a room, but there are some double and single rooms. The single rooms are highly prized and assigned according to an internal waiting list which is based on need and/or length of residence.

Although it is only fifteen years old, the Pavilion was the most institutional and least homelike of the residences visited. Its feel and ambience was old fashioned and Victorian - dark and oppressive. The main entrance opens onto the second floor where there is a veterans lounge, a chapel, administration and services offices (including a Veterans Affairs office) and the Artworks Studio. Unlike other residences, however, these are not arranged or decorated to resemble an 'agora' or Main Street - a natural area to attract veterans. The veterans lack a room large enough to let them all assemble at the same time, but they do have an indoor smoking area, a sun room with a separate air circulation system. Veterans complain that temperature control in the sun room is inadequate: the furniture and floor also need refinishing.

The visit was not well-timed because British Columbia was threatened by an immediate strike of nurses and the attention of the Brock Farhni management was focused on a last minute meeting with the leadership of the nurses in an effort to have the Pavilion staff declared

essential. As a result, management had not been able to prepare a program to brief us about programs and conditions at the Pavilion and could not spend a lot of time answering questions. They were able to clearly indicate that their most immediate priority is to make the pavilion more home-like by re-painting, re-decorating and buying new furniture. A relatively small investment could also turn nearby unfinished space into a recreation and assembly hall big enough to accommodate all residents for special occasions. The Subcommittee fully supports the need to give the Pavilion a more homelike atmosphere.

- 9. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada take the initiative in ensuring that the department, veterans organizations and the management co-operate in re-decorating the Brock Fahrni Pavilion and in acquiring some new furniture. In particular, they should study the feasibility of transforming the second floor into an attractive main street and of developing a recreation and meeting hall large enough to seat at least 200 persons.**

The Pavilion was the subject of a 'loss prevention' report in May of 1998 which evaluated the safety of the building. The major finding was that the automatic sprinkler system protected only the first two floors and not the top two floors where the veterans had their rooms.

- 10. The Subcommittee recommends that the sprinkler system in the Brock Fahrni Pavilion be extended to cover the top two floors if this work has not already been done.**

Most of the visit was spent talking to veterans. According to them, the quality of medical care at the Pavilion is 'top drawer'. The local Veterans Affairs office was highly praised for their helpfulness by veterans and by the daughter of a veteran who attended our meeting. The daughter was particularly appreciative of the local DVA officials who had moved quickly to help her father get new dentures and glasses. The recreational arts crafts program was also highly praised for giving the veterans something useful to do.

Food is supplied under contract from the kitchens of the nearby Children's Hospital of British Columbia. The quality of the meals was disputed. The first veteran to speak said the vets were well looked after between meals, but the food was "lousy". His chief complaint was that the food seems 'manufactured' and artificial - none of it is fresh - the turkey dinner, for example, featured an artificial turkey roll with no dark meat. This view was challenged by other veterans. One said he had lived in four homes, and that Brock Fahrni was the best of them. As someone familiar with institutional food, he found the meals at Brock Fahrni 'damn good' most of the time, a view which was supported by other veterans.

Veterans were more united in their criticism of a lack of night staff. It seemed to take forever sometimes for staff to respond to a bell pull, so much so, that one veteran asserted that toggle switches instead of push buttons, should be installed to prevent wear and tear on thumbs. Another veteran complained that he had to wait every morning to go to the bathroom until a hoist become available: if he could afford one, he would buy one for his personal use.

11. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada evaluate the night time staffing levels on the veterans' wards at Brock Farhni Pavilion and have them increased if necessary.

There was not sufficient time to discuss safety issues with management. The veterans' cigarettes, however, are carefully controlled, somewhat to the chagrin of the smokers. The cigarettes are kept under lock and key, and it can take some time to find the staff member with the key to the cabinet in which the cigarettes are kept – a form of health promotion.

Colonel Belcher Veterans' Care Centre, Calgary, Alberta

The Colonel Belcher Hospital for Veterans moved into its current building in 1943. Designed as an acute care facility it underwent a number of expansions and renovations before its transfer to the Province of Alberta in 1979. In 1991 it ceased to be an acute care hospital for 355 patients and became a long-term care facility for veterans. In 1995 it was transferred to the Calgary Regional Health Authority. At present it is called the Colonel Belcher Veterans' Care Centre and has 135 long-term care beds for veterans. There are 71 private rooms and 32 double rooms.

The physical plant of the building is badly outdated and inefficient, so much so that the province allocates an additional \$1.2 million to offset its additional operating expenses. The building has no sprinkler system and the comfort, if not the health, of veterans is prejudiced because the air conditioning and heating equipment cannot maintain an even temperature when the outside temperature changes rapidly. The building also has many drawbacks as a long-term residence for those requiring extended care: because it was built for 355 patients, veterans must travel long distances from their wards to get to the dining room, the chapel and the auditorium. In the dementia ward the long corridors reflect the light; to the patients, the floor gives the appearance of being covered with puddles of water. Patients are also confused because the corridors come to a dead end rather than make a circle of the ward.

The few veterans that were capable of meeting with the task force found their rooms uncomfortably cold or warm at times, but other than this they voiced no complaints. Their food is prepared in bulk on site and moved to the ward dining rooms. According to management, the preparation of the food on site is very competitive with re-thermalised food in price. Since the kitchen staff prepare the food, serve it and help the veterans unwrap items, they come to know and respect their individual likes and dislikes. The veterans spoke very highly of the staff, an attitude which was shared by the son of a dementia patient who went out of his way to praise the quality of care his father was receiving on the dementia ward.

The major problem faced by management was the inordinate amount of time it is taking the Alberta health care system to decide on whether to move Colonel Belcher to a new building, specially designed to meet the needs of the elderly in which case only minor renovations would

be carried out to the existing facility, or to undertake very costly renovations to modernize the existing building and bring it up to the standards required by a long-term care facility.

The Calgary Regional Health Authority launched a major study of the present and future needs of veterans in August 1996. Fifteen months later it accepted the recommendation that it would be more cost effective to build a new facility. The funding request and a detailed plan for the design and operation of the new care centre was submitted to Alberta Health and Public Works Supply and Service in January 1998. This plan would provide 175 private rooms to respond to projected peak demand. It would also include space to accommodate the needs of veterans still living in the community; in particular, day programs, a wellness centre and respite care. As projected, the new centre could operate with a small surplus within the budget of the current facility and the \$1.2 million provincial supplement.

The modernization of the existing facility would be very disruptive to the veterans and their families. It is very likely that veterans would be forced to relocate to a variety of other facilities during the work. This would break up existing patterns of life and friendship and cause a great deal of anguish. In the process veterans also would be subjected to two moves which would add to their disorientation and stress as well as make it more difficult for their families to visit them. Consequently, the interests of the veterans and their families as well as cost effectiveness argue in favour of the decision to move Colonel Belcher Veterans' Care Centre to a new premise. Since it will take at least 3 years and possibly as much as 5-6 years to design and build a new veterans' care centre following a provincial decision to provide the funding.

- 12. The Subcommittee recommends that the Minister of Veterans Affairs intervene with the relevant ministers and officials of Alberta as soon as possible to win their support for an immediate decision to finance construction of a new facility for the Colonel Belcher Veterans' Care Centre**

Management has a number of priorities for the next three years. Only a small percentage of veterans are in electric beds; more would make life more comfortable for those veterans capable of operating them and reduce the work load of staff. Staff education is even more urgent. Recruiting nursing assistants is difficult: a very basic six week course costs \$3,000-\$4,000, but the pay is only \$8-\$10 per hour. There is an urgent need to offer in-house training, but it would require time and resources to develop the necessary staff education programs. A full-time, rather than part-time, social worker, is needed to work with veterans and their families.

- 13. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada help design and implement an appropriate training program for staff at the Colonel Belcher Veterans' Care Centre and that it provide additional funding for electric beds and for increased assistance from a social worker.**

Deer Lodge, Winnipeg, Manitoba

The Federal Government transferred the Deer Lodge facility to the Province of Manitoba in 1983, reserving 155 priority access beds for veterans. In 1989 the present complex was built, providing a total of 406 beds (later increased to approximately 450), of which 155 are designated veterans priority. A major objective in the construction of a new facility was to provide the specialised programming necessary to keep the elderly in the community with a mixture of day programs, temporary accommodation and long-term care.

Deer Lodge has been planned to give the impression of a small town, complete with an attractive 'Main Street' which is the natural focal point of services and activities for the residents. The wards are well laid out and have a home-like atmosphere. On the veterans ward the residents have individual rooms. A large majority (about 82%) suffer from some degree of cognitive impairment and most need wheelchairs. The corridors are free of the clutter of stored equipment and wheelchairs that can make older institutions a hazardous obstacle course: the rooms have been designed to accommodate modern equipment and to store wheelchairs.

The Lodge has a feature that the members of the Subcommittee believe should become common to all veterans facilities – rooms designed to accommodate couples. These particular rooms are designed as a suite with separate bed areas. According to management, a more flexible design would consist of adjoining rooms connected by a common door. To allow for the likelihood that each spouse will require a different level of care, these rooms should be located in the extended-care ward of multi-level institutions. The tour, however, also highlighted two problem areas.

The bathing facilities on the veterans ward, however, are outdated, inefficient and do not respect the privacy of those being bathed. To permit veterans in wheelchairs to bathe in comfort, the baths must be accessible on at least three sides and must be designed to permit an easy transfer from wheelchair to bath. Each bath should be in a separate room with sufficient space for a toilet and hand basin as well.

14. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada contribute to the costs of upgrading the bathing facilities in the veterans wing of Deer Lodge.

Air circulation in Deer Lodge must be improved. The combination of vaulted ceilings and low passages through partition walls blocks the flow of fresh air and traps stale air in rooms and offices. Finding the best solution to the problem should be left to architects and air conditioning engineers, but will probably involve something other than installing false ceilings which, in the event of a fire, would lower the level of smoke in the corridors. Whatever the solution chosen, Veterans Affairs Canada must ensure that it is both effective at improving air quality and safe in an emergency.

15. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada ensure immediate steps are taken to improve air quality in Deer Lodge and require that any solution chosen not prejudice the safety of veterans in an emergency.

The veterans and their families that met with the task force were unanimous on one point. Up until the autumn of 1998 the level of care at Deer Lodge was considered at least excellent, and some believed it could not be improved upon. The Lodge in fact was considered to be the best of the local homes and had a long waiting list of those anxious to become residents. This situation changed for the worse in the fall of 1998.

In 1998 the regional health authority decided that it would be more cost efficient to contract out food services for hospitals and nursing homes rather than let individual facilities prepare or contract for their own meals. The result was an abrupt decline in the quality of meals and consequently in the morale of veterans and their families. The members of the Subcommittee were presented with a petition signed by 1,600 about the quality of the food. Nothing served to the veterans was at the right temperature, and nothing had any flavour. Meat courses were indistinguishable from each other by taste or texture. Sometimes the meat and the toast were so hard that they could not be eaten. One wife believed the food had made her husband very sick. She presented the Subcommittee with a petrified slab of something she said had been served to her husband as a slice of beef. Some veterans said that the food was so bad they were eating few, if any, of their meals, claims that were borne out by reports of rapid weight loss and by management's admission that they had had to purchase more scales so that they could weigh residents more often.

Needless to say, families were very bitter that men who had served their country, sometimes suffering torture at the hands of their captors in the process, should be treated to this kind of food. Most veterans pay a charge for their food, a circumstance which added insult to injury. But whether or not the veteran was being charged a *per diem*, he or she must eat this food for the rest of their lives. The veterans noted that the changes had been instituted to save money, and asked: "How can you be saving money if much of what you serve is thrown out?" They also asked why the "Meals on Wheels" organization could serve decent meals from a central location, but the Winnipeg hospitals and health care facilities could not. These are excellent questions for the regional health authority that made the decision to adopt this system of meal preparation.

While veterans and their families generally felt that staffing levels were adequate, they did raise some issues. Staff members have complained to family members that the new food system is so labour-intensive that they have less time to help veterans. In this regard, a spouse timed 5 staff members one Sunday lunch time and found it took them 25 minutes to serve 13 residents lunch. A spouse also complained that when a patient experienced chest pains, a nurse came to his room but could not stay long because she had to help wheel residents into the dining room for supper. The spouse stayed with her husband and noted the floor seemed to have no staff that night.

The crisis over food service pre-occupied the members of the Subcommittee when they met with senior management. To begin with, lunch was served – the same lunch the residents would have served them. The quality of these lunches was terrible: the soup (whatever kind it was supposed to be) was lukewarm and inedible, the sandwich and dinner roll were cold, and the tea water was barely hot enough to extract tea from the teabag.

Senior management checks the quality of the food provided and gets feedback from patients and staff- the reaction of residents to the food has left some staff members in tears. The food is prepared and cooked locally by the Riverview Health Centre, not by a Toronto organization as some veterans believe. The provider has made changes and some believe that the quality of the re-thermalised meals has actually improved slightly.

- 16. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada intervene directly with the Province of Manitoba and the supplier of meals to insist that the latter improve the quality of the meals served veterans at Deer Lodge.**
- 17. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada help Deer Lodge management train staff in techniques of handling re-thermalised meals.**

Members of the Subcommittee, senior managers and the Veterans Affairs Officials present, however, all agreed that concrete action to improve the food had to come out of the meeting of members of the task force with veterans and their families.

A number of immediate steps to improve meal time were considered. The most promising of these was to focus immediately on breakfast because veterans had had nothing to eat since the previous night. Rolls and muffins could be substituted for the toast that was too hard to chew. More use could be made of the small kitchen attached to each ward. Volunteers and family members, for example, could help staff run a breakfast and brunch club which would allow interested veterans to prepare their own home cooked breakfasts under supervision. The presentation of meals could also be altered by working on a suggestion of the Veterans' Council to reduce the number of items that veterans had to open, unwrap or uncover each meal. Milk, juices, tea and coffee do not have to be prepackaged for the individual trays, but can be quickly served from bulk dispensers. Rather than being re-warmed on individual trays, some breakfast foods such as porridge and scrambled eggs might be improved by being re-warmed in bulk and stirred before serving.

- 18. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada and its local officials continue to help the management of Deer Lodge find and implement short-term ways of improving the quality of meals.**

Parkwood Hospital, London, Ontario

In 1980 Parkwood Hospital was contracted to provide 200 beds for chronic care and in 1989 opened the Western Counties Wing to provide extended care for an additional 170 veterans. In 1997 both facilities became part of the St. Joseph's Health Centre. The site of the Hospital and Western Counties Wing includes a nine hole therapeutic putting green, the Veterans' Memorial Park which will be linked to the surrounding wetlands and diverse woodlands by a network of paths. The memorial park already includes a monument, a memorial wall and grove of Japanese cherry trees as well as flower beds.

Parkwood Hospital is a modern, well laid out facility, but is, nevertheless, very much a hospital. There is no main street in the veterans wing and no effort has been made to develop the entrance area as natural "agora" or town centre. Whether they live in the hospital or the veterans wing, most patients (hospital) and residents (veterans wing) are in wards of 4 beds. The complex is noteworthy for its extraordinary range of recreational facilities and equipment which include a bowling alley, shuffleboard, exercise machines, and art, woodworking and textile studios indoors, and an outdoor putting green. It also boasts a large auditorium.

For some reason the nursing station on the dementia ward is surrounded by walls too high to see over when seated. This completely isolates the occupant from the patients and makes any form of informal interaction very difficult. The long, wide corridor begins at the nursing station and ends at the door to a very attractive enclosed patio. Patients tend to go to the end of the corridor where they endlessly try to open the locked door to the patio or they aimlessly congregate in room just to right. Relatively minor changes could make the nursing station more open and inviting and the traffic pattern in the corridor could be changed to encourage patients to walk around in a circle

19. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada offer Parkwood Hospital assistance in making the dementia ward more homelike and functional.

Parkwood Hospital was one of the few multi storey facilities that has devoted obvious thought to the problems of evacuating bed ridden patients down the staircases, a vertical evacuation, in addition to their horizontal evacuation to temporary safety behind a fire door on the same floor. They have bought a limited number of "EvacuSleds" which store under the mattress of a bed until needed. These allow one staff member to secure the patient to the mattress, slide the "EvacuSled", mattress and patient to the floor and then tow them to safety. The "EvacuSled" rolls on small wheels and pulls easily over different types of flooring. It is also designed to slide down staircases. Although it can be tipped semi-upright to pass through a doorway, the fact it is moving a standard mattress makes it very bulky and difficult to manoeuvre in confined spaces.

The Parkwood Hospital has implemented a unique system of a "Food and Travel Pass" to ensure that patients and residents are not served foods or beverages that are dangerous to them

at social functions. Staff had noted that there were about 700 events per year that involved food and drink. Food-servers on these occasions had no way of knowing what, if any, food restrictions applied to the individual. The solution was a reusable patient identification card that identifies the patient, their unit, diet and allergy precautions, and suggested alternatives to the food and drink that was not recommended. The Pass is worn or carried at all on-site group activities with food or drink, at all off-site activities, and is available for personal outings. The Sunnybrook Health Science Centre (now the Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre) has recently decided to adopt the "Food and Travel Pass".

The meeting with veterans focused on the quality of the meals which are re-thermalised, and the shortage of staff at mealtimes. A veteran immediately called the food "terrible" complaining that it was never fresh and seemed manufactured and another commented "the food here, you wouldn't eat it". Morning eggs, whether scrambled or boiled, and the toast were singled out for particular criticism. At other meals some veterans found the vegetables undercooked and complained it was too difficult to get unpopular items off the menu.

The conclusion that the meals at the Parkwood Hospital are no better than passable is confirmed by an independent survey of patients and residents. A bare majority of those surveyed rated the food as good, more than a third rated it fair-to-terrible and just over one-in-ten rated it excellent. These survey results are a clear indication that a continuing effort must be made to improve the quality of meals.

- 20. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada strongly encourage the plan to change the service style from tray style to bulk dining room service in the Western Counties Wing of Parkwood Hospital. The same plan should also be considered for the Hospital itself.**

Veterans complained that there was not enough staff at mealtimes to help open and unwrap containers and cut the meat. They were particularly appreciative of the work of the volunteers and believed that without this outside help, they would be in "sad shape". Both veterans and their family members were unhappy about what they perceived as a lack of continuity in care giving. It seemed that they always had to deal with a different nurse or nursing assistant.

- 21. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada work with the management and staff of Parkwood Hospital to provide more assistance at mealtimes and greater stability in the staff assigned to care for the individual veteran.**

Spouses felt they were supported by staff and expressed confidence that the veterans were well looked after. They are told to ask for help if they need it or to ask for a meeting with the veterans caregivers.

The tour of the Hospital and veterans' wing and the meeting with veterans and their families made it clear to the members of the task force that the veterans and their families have a good professional relationship with the staff and management. The atmosphere, however, is not

very homelike and some veterans voiced the suspicion that Veterans Affairs Canada funding was being diverted to support St. Joseph's Health Centre, which Parkwood Hospital had become a part of in 1997.

The management of the Parkwood Hospital went out of their way to answer the questions of members of the task force: they provided a briefing book which included a response to the questionnaire we had sent them, answered questions during the meeting, and forwarded additional requested material.

Their Veterans Program is very comprehensive. It begins with a filmed account of the personal experiences of some veterans in war and what these experiences had meant to them. This video is used to educate new staff members about the unique and traumatic events which have left veterans disabled and shaped their personalities.

The elements of the program are supported by research funded by the Parkwood Hospital Foundation. On the basis of this research, staff receive regular training in how to interpret, deal with and modify the behavioural problems commonly found in long-term care facilities, such as aggression, wandering, resistance to care, etc. Research is also behind the search for better methods of controlling the chronic pain that can dominate the lives of the elderly. The Hospital is also experimenting with the creation of therapeutic outdoor spaces for patients with dementia. Patients and residents with cognitive impairment, as well as their families, have been drawn into the process of planning the redesign of the secure garden areas accessible to them. It is interesting to note, however, that the material on the dysphasia diet management program makes no reference to the ongoing work being done at Ste Anne de Bellevue to give modified foods the shape, colour and appearance of the original food.

Parkwood can only offer limited assistance to the 50-60 spouses and families who must travel substantial distances to visit veterans who are residents or patients. The veteran and spouse can spend one or two days in the Independent Living Unit, a self-contained suite on the premises. The Hospital will also set up a cot and set aside a quiet area for the spouse of a veteran who is dying. An innovative solution under consideration is the idea of boarding the out-of-town spouse with another veteran's spouse living in the city and willing to offer accommodation. This would ease the cost of staying overnight and help develop a relationship with the spouse and family of another veteran.

22. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada encourage Parkwood Hospital to proceed on an experimental basis with the idea of boarding out-of-town visitors with city spouses willing to offer accommodation.

Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre, Toronto, Ontario

The fact-finding task force revisited the Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre and was very pleased to learn from both management and veterans that the

recommendations of the First Report had been promptly addressed. Given the deaths of three patients in a fire in June 1997 and the death of another patient shortly after he had been found on the floor and been put back in bed, the First Report had focussed on safety issues.

At the time we met with the management of Sunnybrook, the new sprinkler system for the chronic care Kilgour or "K" Wing, the location of the fire, had been installed and was undergoing final testing. Other measures to improve safety in the Wing were also underway. The Cognitive Support Patient Service Unit had submitted a proposal for the development of a special behavioural care unit for dementia patients who are aggressive toward other residents, staff or visitors. At any one time about 5% of dementia patients suffer from regular outbreaks of physical aggression and can benefit from being treated in secure but homelike surroundings by staff with special training. The separate treatment of these patients, almost all of whom are men, will, when the special unit is built, increase the safety and comfort of the other dementia patients and their visiting spouses and family as well as the safety and security of staff and volunteers.

The Kilgour Wing and its wards were not designed for patients who need increasing amounts of care and assistance and almost all of whom are dependent on electric wheelchairs and scooters to keep their mobility. Since the rooms are too small to store the equipment the veterans need and use, it must be kept in the corridors where it presents a real danger in the event of fire or other emergency requiring the rapid evacuation of the Wing.

The hospital is committed to modernizing K Wing and in the process reducing the number of beds in each of the nine patient care units from an average of 43 to 37 beds. The four bed rooms will be reduced to three beds, allowing the washrooms to be increased in size to make them wheelchair accessible and providing additional storage space. Redesign of the nursing station and elimination of the conference room and offices will provide space for a dining/activities room with a small kitchen and more storage space for the single and double rooms. Two shower rooms and a separate tub room will replace the current cramped and outdated shower and bath rooms.

The task force toured and had lunch in the first of the nine units to be renovated at a cost of just under \$700,000 each. It is a great improvement as far as safety is concerned, and goes a long way to making the surroundings more homelike and pleasant for both residents and staff. The renovations to the rooms and bathrooms add to the comfort of residents and make it easier to assist and care for them. Financial restrictions, however, mean that the hospital can only afford to renovate one unit each year, that is, it will take another seven years to complete the work.

Sunnybrook has re-evaluated its evacuation plans. As part of this process they have carried out tests of various equipment, such as the EvacuSled and the EVAC chair, that might be useful. Although they found the EvacuSled had potential, it was much slower in carrying out a lateral evacuation than the traditional blanket method- using a blanket, a patient was removed to a safe area before the EvacuSled got out of the room and a 40 bed unit was emptied in 17 minutes. While vertical evacuation is still based on the arrival of police and fire assistance

within 8 minutes, an improved version of the EvacuSled would be re-considered. To assist in an evacuation, hospital security officers have been equipped with “air packs” to allow them to continue working.

Sunnybrook is in the process of developing Guidelines for Responding to a Resident Fall for use in staff training. Currently in their third draft, these Guidelines are being tested against reality before being put into permanent form. Progress has also been made to reduce the risk, in the event of layoffs, of having staff experienced in handling the elderly “bumped” out of their positions by more senior staff with no specialized training or experience in gerontology. The new contract with the union will stipulate that only the most junior staff members can be bumped, rather than permitting a wholesale chain reaction to be set in motion, as happened in 1997. Special training in dementia should now be available locally; with time, it is hoped that this or equivalent training will become a necessary qualification to work in the dementia units.

The members of the Veterans Council reported that in their opinion the health centre staff were doing a “magnificent” job of looking after veterans despite cutbacks. Even though staffing levels in the Kilgour Wing had not actually increased, the staff to patient ratios will improve as patient units are remodelled. Progress was also being made in equipping patients who could benefit from them with electric beds.

Management of the Health Sciences Centre, Veterans Affairs Canada and the National Council of Veteran Associations were all praised for ensuring that the interests of veterans were safeguarded in negotiating the composition of the governing structures and major programs of the amalgamated hospitals. As a result, the Act of amalgamation provided for a Veterans Committee and entrenched the duty of the hospital to honour the commitments to veterans. The Act entitled Veterans Affairs Canada to appoint two members of the Board of Trustees, one of whom is to serve as the Chair of the Veterans Committee.

The Veterans Council also noted that the quality of the re-thermalised meals had improved to such an extent that some veterans considered they were superior to the meals that had been produced by Sunnybrook’s own kitchens. The variety and quality of meals was good and hot items arrived hot, and chilled items, cold. The morning toast was a problem that would finally be solved by having service associates make toast to order on each floor.

The most urgent priorities of the Veterans Council are safety related: to speed development of the special behavioural unit for 8-10 patients who could not be safely kept on the general wards; and to accelerate the renovation of the wards to reduce the danger posed by the clutter of equipment in corridors. The Subcommittee concludes that for safety reasons this work must be undertaken and finished quickly. Since a shortened work schedule will reduce the cost of these projects, and staff to patient ratios will improve as re-built units are opened, the Subcommittee believes that Veterans Affairs should explore ways of assisting in their financing.

- 23. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada ensure that the Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre can complete the Behaviourable Care Unit and the modernization of Kilgour Wing without delay.**

The Veterans Council believes that staffing levels at supper time and at night time in the Kilgour Wing are still a problem. The shortage seems to be particularly acute at suppertime. To ease the situation, a veterans organization offered to supply and pay for additional staff. This solution could not be implemented because the union contract stipulates that, if called in, part time staff must be paid for at least four hours of work at \$16 per hour. Accelerated modernization of the wards will eventually ease the problem somewhat, but in the meantime it should be possible to make other arrangements. For example, veterans organizations fulfill a charitable function vis-à-vis patients, replacing absent family members who traditionally have had the right to provide family members with private attendants. The unions concerned might be prepared to allow a veterans organization to provide attendants to assist specific veterans who must be fed individually.

- 24. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada explore ways of providing veterans in Kilgour Wing of Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre with the assistance of additional staff at suppertime.**

The Perley and Rideau Veterans' Health Centre Ottawa, Ontario

Veterans began to move into the new Perley and Rideau Veterans' Health Centre in 1995. In the early 1990's it became obvious that the old Rideau Veterans Home and the National Defence Medical Centre would not be able to meet the future needs of veterans in the Ottawa region and western Quebec. In 1992 Veterans Affairs Canada, the Ontario Minister of Health and the Perley Hospital, a local chronic care facility, agreed to build a modern health care centre to replace the hospital services and long-term care provided by the existing Perley Hospital and Rideau Veterans' Home. The Federal Government provided the lion's share of the cost of building, \$36 million, while the province contributed \$19.5 million and the Perley Hospital, \$9.5 million. In May of 1993 the province approved an annual operating budget of \$31.5 million for the proposed health centre, but stipulated that this amount would not be increased until the operating costs of similar facilities had caught up.

The Perley and Rideau Veterans Health Centre is among the most modern of the veterans' complexes that the task force visited. Sited on the outskirts of Ottawa, the Health Centre has been designed to resemble a small community by grouping the most popular services just off the main entrance and along a "main street". The Centre has 450 beds, of which 250 are veterans priority, and is organized to offer three kinds of care: continuing care (285 beds), Special Approach care (145 beds), and respite care (20).

When the task force visited the Perley Rideau in June 1998 the veterans who live there, their families and management were all reeling under the impact of ongoing cutbacks to their provincial and federal funding.

In 1996 the government of Ontario arbitrarily removed the “hospital” status of the Perley and Rideau Health Veterans’ Health Centre under the Public Hospitals Act of Ontario and re-classified it as a “charitable institution”. Re-classification brought with it a devastating decrease in the level of provincial funding, from \$187 per resident per day in 1996 to a projected \$94 per resident per day in 2003, the reduction to be spread evenly over the intervening years. Under the Transfer Agreement, the federal agreement to fund the operating costs of 175 beds was tied to the provincial contribution: consequently, this would also decline.

Management and the Board of Directors have done everything in their power to oppose the loss of hospital status and the loss of funding this entails. The reductions of the first year had been met without a major impact on the veterans, but the reductions necessary to meet the second year reduction (1998) had involved staff cuts. Plans for 1999 and thereafter will reduce direct nursing, change a professional nursing staff to a less qualified care giving staff, lead to the lay off of non-nursing professionals, reduce the amount spent for food, etc.

When appeals to the provincial Minister of Health proved unsuccessful, the Board of Directors felt they had no option except to resort to the courts to enforce the agreement or “contract” of May 1993. By the time of the meeting in June 1998, the refusal of the federal government to join the lawsuit as an interested party had just added to their anger and frustration.

The cutbacks were already having an impact on the lives of the veterans living at the Health Centre. Veterans and their families reported that staff was very short at lunch times and on week-ends. At meal times the lack of staff meant that some veterans could not finish their meals and one wife testified that her husband had little to eat when she could not be there to feed him. Other wives were spending increasing amounts of their time looking after their spouses; and some families which could not spend the additional time had hired personal attendants to stay with the veteran. Staff shortages and demoralisation had also led to some activities being cancelled and to other activities starting late. The Perley-Rideau cadre of volunteers - the equivalent of about 15 1/2 full-time staff - were working so hard that there was some concern that burnout might force them to stop coming.

Constant staff changes confuse and demoralize the veterans and their families. Nowhere is this more true than on dementia wards. According to family members, however, trusted and favourite care givers are disappearing from the wards or are being re-assigned. Most of the time they are not replaced, but if they are, it is with less-skilled strangers.

To date the management and staff of the Perley and Rideau Veterans’ Health Centre have done an exceptional job in adjusting to reduced funding and in moderating the impact on veterans as much as possible. The members of the Subcommittee’s fact-finding task force are fully aware of the challenge they face. In framing its recommendations the Subcommittee must remain

aware that the issue of provincial funding of the Perley and Rideau Veterans' Health Centre is before the courts. Nevertheless, the welfare of veterans who live in the Centre necessitates the following recommendations.

25. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada meet regularly with the Board and Management of the Perley and Rideau Veterans' Health Centre to review the latter's plans to deal with the crisis brought about by the ongoing cuts to its funding. It further recommends that Veterans Affairs Canada offer to do everything possible to mitigate the impact of these cutbacks.
26. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada ensure that the money it has saved and will save through reduced *per diem* contributions to the operational costs of the Perley and Rideau Veterans' Health Centre is returned to the Centre in ways that directly benefit veterans.
27. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada ensure that the Board and Management of the Perley and Rideau Veterans' Health Centre are aware of and respect the responsibility of Veterans Affairs Canada to guarantee an appropriate level of care for veterans, regardless of provincial standards.

Camp Hill Hospital Halifax, Nova Scotia

Planned and quickly built in 1917, the first Camp Hill Hospital was a "temporary" structure that remained in service until a new 250 bed facility was built in 1948. In 1978 Veterans Affairs Canada and the government of Nova Scotia finally arranged for the province to accept responsibility for the Hospital and for providing 285 priority beds in return for a substantial federal contribution to the costs of a new hospital complex. Construction of a new acute care hospital began in late 1981 and veterans moved into its new Veterans Memorial Building in 1987.

The Camp Hill facility has 175 veteran priority beds. The veterans that the task force interviewed were very satisfied with the level of their care and treatment. In particular, it should be noted that management does not accept the economic and other arguments that are used to justify the resort to re-thermalised food. Twice a month veterans are encouraged to dine with friends or family members in a restaurant located in the hospital.

The task force was impressed by the emphasis the Hospital placed on helping veterans stay in their homes as long as possible. The Hospital runs a geriatric day hospital to offer respite to those people looking after the elderly at home and management is looking for additional funding to finance research into out patient and home care support.

The Hospital has developed a number of innovative products to help the elderly and disabled. The risk of falling and breaking a hip is a fear of every elderly person and of their family and

care givers. Under the best of circumstances a broken hip takes a long time to heal and the patient must undergo intensive physiotherapy to regain mobility. In a great many cases, however, a broken hip does not heal properly and results in permanent disability. Thus any product that can reduce the risk of a broken hip, represents an important breakthrough. The Camp Hill Hospital has developed a “hip pad” that the elderly can wear under their clothing to protect their hip bones in the event of a fall. To date patients wearing the device have reported 80 falls without a single incidence of a broken hip. Another idea that needs development money is a one-handed can opener for veterans living at home.

The Subcommittee believes that Camp Hill Hospital should be encouraged to continue research into and development of improved out patient services and products of use to veterans.

- 28. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada offer to finance and support the research of Camp Hill Hospital into improved out patient services and that it offer research and development funding for “hip pads” and other innovative devices.**

At the same time the members of the task force were concerned about the plans to evacuate the hospital in an emergency and believe that these should be reviewed.

- 29. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada and the management of Camp Hill Hospital review the Hospital’s evacuation plans.**

Ste Anne’s Hospital

Ste Anne de Bellevue, Quebec

The Subcommittee reported on the visit to Ste Anne’s Hospital in its First Report and has not revisited it. Nevertheless, it wants to emphasise the role the hospital should play, not only in relationship to setting and developing a standard of acceptable care for veterans (a subject which was treated in the First Report), but also in knitting the veterans priority access beds scattered across the country into a network. Many considerations argue in favour of Ste Anne’s being developed as the resource centre for the network of veterans’ priority beds, and as a centre of excellence in geriatric care in general and in the care of veterans in particular.

- The Subcommittee was very impressed by the departmental staff of the hospital and by the quality of care and special programs they offer veterans.
- The hospital has strong ties to McGill University, which is noted for the strength of its medical research and the quality of its School of Nursing
- The hospital is a bilingual institution and hence is in a position to offer research, advice and support in both French and English.
- The hospital is administered and financed by Veterans Affairs Canada, unlike the other hospitals, such as Camp Hill, Sunnybrook and Parkwood, that have geriatric research programs oriented to veterans.

The major problems of Ste Anne's Hospital are that the number of its residents is declining and that its wards are badly outdated. The Subcommittee wishes to re-state its support for the recommendation made in the First Report:

- 30. The Subcommittee recommends that the Department indefinitely postpone the transfer of Ste Anne's Hospital to the Province of Quebec, that the Department amend veterans legislation to permit the spouses of disabled veterans to occupy beds reserved for veterans, and that Ste Anne's Hospital be gradually modernized to this end.**

While retaining control of the hospital, Veterans Affairs Canada should reach an agreement with the province of Quebec to admit other groups with a close affinity to veterans, most particularly, Canada Service Only veterans, and members of the wider community who could benefit from the special treatment and programs offered by the hospital.

PART TWO

GENERAL ISSUES

The case studies show how clearly the “quality of life” of veterans in a chronic care hospital or in an extended care facility depends on

- the quality and attitude of the staff, volunteers as well as management, professionals and service providers;
- the quality, variety, and presentation of food; and,
- the atmosphere, layout, equipment and amenities of the hospital or residence

Veterans and their families had few if any complaints about the quality and attitude of the management, staff and volunteers that looked after them. On the contrary, staff were highly praised for their professionalism, hard work and caring attitude and volunteers were credited with being essential to keep the hospitals and long-term care residences running in the face of staff cutbacks. As we have seen in the case studies, however, both management and veterans raised serious issues about the impact of funding freezes and cutbacks on the quality of food and standards of care.

Members of the fact-finding task force were struck by the mutual respect that marked the relationship between the management and residents of the individual facilities on the one hand, and the local officials of Veterans Affairs Canada on the other. Equally striking, however, was the impression that each hospital or residence stood alone and in isolation from the others, even within the same province; the Department seemed to give them no sense that they were part of a system dedicated to the service of veterans. Nor did the visits suggest that Veterans Affairs Canada was the source of creative new ideas in long-term care.

1. Issues of Leadership and Government

In the years following World War II the Department of Veterans Affairs won a reputation for leadership and creativity as it developed a departmental network of hospitals, long-term care residences and rehabilitation centres for disabled veterans. This network was thought of and administered as a system whose individual parts mutually reinforced each other through the exchange of experience and ideas and knew of their contribution to the whole.

The transfer of all the departmental hospitals (except Ste Anne’s Hospital in Ste Anne de Bellevue) and other facilities to the provinces in the years following 1970 ended direct departmental control of their administration. The sense of being part of a network of veterans care institutions disappeared as the institutions integrated themselves into the evolving health care systems of the provinces. Within these provincial systems devoted to the equal treatment of the whole population, veterans, with their priority beds, special needs and special entitlements, constituted a small minority.

In the 1990's the provinces themselves moved to decentralised systems for the delivery of health care services to the population. Across the country hundreds of regional health care "authorities" have sprung up, operating under principles and guidelines which differ from province to province. The objective of these health care "authorities" is to make the delivery of health care services more responsive to "local" needs and priorities which do not necessarily reflect those of veterans. While about 14 regions (excluding the region in which Ste Anne's Hospital falls) are responsible for hospitals and/or residences with 50 or more veterans, only a handful of the remainder are responsible for more than an individual or a few veterans. The net result is that a third level of "government" and bureaucracy now stands between veterans and the level of care they need and to which they are entitled.

Veterans Affairs Canada has made few efforts to offset the increasing isolation of facilities with veterans in their care from other similar facilities. As the system was transferred to the provinces over the years, the Department lost interest in the modernization of the facilities remaining under its administration, much less in replacing them with creative experiments in institutional care. How else can one explain the lack of interest, obvious for more than twenty years, in making the wards of the departmental Ste Anne's Hospital "state of the art"? The Department also seems to have lost interest in compensating for the loss of a national system of veterans hospitals and long-term care facilities, by adopting a consistent national standard of acceptable care.

A. Standards of Care

The First Report of the Subcommittee set out the reasons why it was necessary for Veterans Affairs Canada to adopt a formal standard of acceptable care. Visits to many more hospitals and residences have confirmed the validity of the conclusion that adoption of detailed standards of care is an essential complement to the "quality assurance" paragraphs of the Department's "Action Plan for Institutional Long-term care".

The concept of standards of care must not be limited to institutions, but must be extended to veterans living outside institutions. The Subcommittee concludes that in establishing policy and making spending decisions for veterans health care programs, the "quality of life" of a veteran should become as important as the principal of "the benefit of the doubt" is in the pension adjudication process.

- 31. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada adopt the "quality of life" of a veteran as the guiding principle of departmental policy and spending decisions on veterans health care and that this principle underlie the standards of care adopted for veterans in institutions and for veterans living at home.**

B. Standards of Institutional Care

The “quality of life” of a veteran who is forced to live in a permanent care facility is dependent on a whole series of inter-related conditions in the facility that must be given close attention. Some of standards that should be included in Veterans Affairs standards of institutional care are set out below.

(a) Staff

It is important that all staff who come into contact with veterans have a good knowledge of what a “veteran” is and how the wartime experience left them with physical and mental disabilities and influenced their post war lifestyle. New staff must come to understand the special medical conditions that set veterans apart from the population at large, conditions such as Post-Traumatic Stress Disorder or the problems arising from long-term abuse of alcohol and the addiction to tobacco. Staff must also be fully aware of the special treatment options and services provided to veterans that are not provided to other residents. The objective of this training must be to encourage staff to offer veterans a level of personal care that recognizes them as special people.

32. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada:

- **make available a series of training videos which illustrate the service and sacrifices of veterans;**
- **prepare training videos that outline the qualities and medical conditions that may set veterans apart from the general population and summarise the various special treatments and services available to them; and,**
- **ensure that the standards of care refer to the need to have this material integrated into the training of new staff.**

In almost all the hospitals and residences visited management admitted that staffing levels were adequate to meet little more than basic safety requirements. The “sunset shift” from late afternoon until night-time in particular is under tremendous pressure everywhere. Usually there are simply not enough care givers to help the veterans eat supper, engage in after supper activities, bathe and then get ready for bed. The night shift is also subject to understaffing, being barely able to deal with the routine turning of veterans who require it, answering calls for assistance and dealing with those who rise early. An emergency, and with patients or residents whose average age is over 80 emergencies are not rare, leads to call bells not being answered and to increasing levels of distress.

The Subcommittee has concluded that veterans wards in chronic care hospitals require higher staffing levels than the other wards. On average veterans are older than other patients, tend to have more severe disabilities and/or a combination of physical and mental disabilities, and are more likely to have behavioural problems. As a result they will require more intensive nursing and care.

The Subcommittee does not believe that the quality of life of veterans is compatible with staffing levels reduced to the level necessary to provide for little more than their safe warehousing.

33. **The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada review the staffing levels of hospitals and residences under contract, and in the Veterans Affairs standards of institutional care establish levels of acceptable staffing that exceed minimum safety levels and offer veterans the comfort margin necessary to maintain a high quality of life.**
34. **The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada review the staffing levels on veterans wards of chronic care hospitals and ensure that the standards of institutional care provide for additional staffing on these wards.**

The First Report outlined the labour situation at Sunnybrook hospital in Toronto where layoffs in another part of the hospital launched a tidal wave of staff “bumping” that had a major impact on the quality of life of the veterans. The experienced nursing staff on veterans wards was replaced by staff which had more seniority, but little or no experience in dealing with the elderly. The loss of continuity in care giving and the need to train the new staff in the individual needs of veterans were disruptive to all veterans and their families, and frightening to veterans suffering from cognitive impairment. The Subcommittee does not believe that the Department should permit this kind of situation to arise.

35. **The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada standards of institutional care ensure that in the event of layoffs, only the most junior staff on veterans wards are subject to bumping and that no staff with six months experience or more on dementia wards be subject to bumping unless by someone judged to have an equal degree of training and/or experience.**

Another problem arises when a collective agreement prevents a hospital or residence from hiring part-time workers to help out at mealtimes by imposing unreasonable limitations on wage levels and minimum hours worked. Family members can arrange for private nurses to supplement hospital care or for private attendants to supplement nursing home care. The same right should be extended to Veterans Affairs Canada, to veterans organizations and to community charitable organizations.

36. **The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada standards of institutional care specify that Veterans Affairs Canada, a veterans organization, or a charitable organization shall have the right to hire part-time staff to provide extra care for veterans, under such terms and conditions as the department or the organization shall decide.**

(b) Food

Complaints about the quality of food dominated the meetings with veterans and their families. Except for Sunnybrook where the meals were highly rated, the complaints arose from the quality of re-thermalised food served on individual trays. Introduced as a cost cutting measure, re-thermalised food systems have led to almost universal complaints about food quality, to the rejection of meals and attendant rapid weight loss, and to high levels of wastage.

The quality of life of veterans is very dependent on Veterans Affairs Canada ensuring that individual hospitals and residences, local health care authorities and provincial departments of health all understand a simple fact: food quality that is tolerable on an economy airplane flight or for a few days in an acute care hospital cannot, and should not, be tolerated by institutionalised veterans and their families.

Members of the fact-finding task force were not able to conduct a systematic study of how much each of the facilities visited spent on food and meal preparation per patient or resident per day, but the estimates they were given for the cost of re-thermalised meals ranged from about \$5 per patient per day to \$25 per patient per day. Thus there is at least some reason to conclude that veterans are suffering from the well-known fact of airplane travel – the traveller or veteran as the case may be, does not get better quality than the airline or regional health authority contracts for. If the contracting authority is primarily interested in reducing the costs of acute care, the lowest bid would be the best bid because acute care patients are discharged in a few days: efficiencies of scale and simplicity would then impose the same quality meals on chronic and extended care patients and residents, including veterans.

The handling of re-thermalised food is probably the second most important source of complaints. Most dissatisfaction was voiced about meals that the supplier “plated” in individual servings which were then assembled on trays and shipped to the ward where the trays were re-heated (in sophisticated systems such as that employed at Sunnybrook, the trays have a hot side and a chilled side.) Bulk handling of the food to be “re-thermalised” and cafeteria or dining room style service would probably reduce complaints about watery and thin soups and sauces and uneven or extreme food temperatures. It would also reduce the number of items that had to be unwrapped or opened at the table.

While the facilities preparing their food on site reported few complaints about the meals, no centralised food preparation system has solved the morning toast problem. Toast was either too soft or too hard to satisfy the individual veteran. The only possible solution is to install commercial toasters in the ward wherever possible.

The Subcommittee believes that the quality of meals served to veterans in institutions is exceptionally important to the veterans’ quality of life. The experience of the task force leads the Subcommittee to conclude that meals prepared on site are superior to those prepared elsewhere.

- 37. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada encourage the on-site preparation of meals.**

Where the on-site preparation of meals is no longer possible, Veterans Affairs Canada must take steps to ensure that the quality, variety and presentation of meals enhance the veterans' quality of life rather than, as is too frequently the case, detract from it.

- 38. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada standards of institutional care establish a minimum standard of veteran satisfaction with the meals provided and that facilities meeting or exceeding this standard be rewarded with a premium equal to 10% of their per patient or per resident food expenses.**
- 39. The Subcommittee recommends that wherever possible Veterans Affairs Canada supply veterans wards with commercial toasters.**
- 40. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada study the steps Sunnybrook hospital has taken to improve the quality of meals and make this information available to all institutions with a re-thermalised food service.**

Whether re-thermalised or prepared on site, institutional meals are not the same as home cooked meals. On their travels the members of the fact-finding task force remarked on the number of small kitchens that were available in wards, recreation rooms, staff rooms, etc. In only a few instances, however, were these being used by the veterans, their families, or by volunteers to prepare home-cooked meals. Properly supervised, cooking is as much a safe therapy as is weaving or woodworking.

- 41. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada encourage facilities to form "meal" clubs for veterans who are interested in food preparation and to encourage family and volunteers to reserve the small kitchens available to prepare special meals or treats for veterans. Veterans Affairs Canada should make a reasonable contribution to the equipment of the kitchens and pay for the food costs of these meal clubs.**

Another way of relieving the boredom of a steady diet of institutional meals is either to occasionally allow veterans and visiting friends or family members to have a meal in a restaurant, if one is attached to the facility, or to "order out" for a meal if they prefer.

(c) Veteran Safety Issues

The timing of the First Report of the Subcommittee was determined by the fire in Kilgour Wing of Sunnybrook hospital in June 1997 that cost three veterans their lives and left a fourth charged with arson. More than eighteen months later, the reasons for the tragedy are still not known. Safety in general and plans for evacuating wards play an important role in the safety

of veterans and in the family's peace of mind. In every facility they visited, members of the task force questioned management about their plans to protect the lives and health of veterans in the event of fire or another disaster.

Without exception, the floors of all the buildings visited are divided into fire zones by fire doors that are supposed to delay the horizontal spread of fire indefinitely. Consequently, the most important element of the fire plan is to provide for the rapid evacuation of all the patients or residents living in the effected zone behind one of these fire doors. Although some facilities had experimented with special equipment such as EvacuSleds or had found that veterans seated on dining room chairs could be slid across the floors to safety, the most common technique used is to place the patient or resident on a sheet or blanket on the floor and pull him along the floor to safety. This system has the advantage of using immediately available materials, a sheet or blanket from the bed, of being simple to execute, and of keeping the person being evacuated as close to the ground as possible, thus avoiding both smoke and the risk of a fall. The disadvantages of this technique of evacuation are that two people must ease the patient to the ground, that the sheets used might not be strong enough, and that it is difficult, if not impossible for one person to drag a heavy patient across a rough floor.

It takes much longer to prepare a patient to be moved by an EvacuSled which wraps around the patient and the mattress, but one person can prepare the patient, slip the EvacuSled off the bed, tow him easily across any kind of flooring and then even slide him down a staircase. The major drawback to this form of evacuation, however, is that the mattress and EvacuSled combination is very bulky, is difficult to move through crowded rooms, and must be tipped up to pass through most doorways.

The Subcommittee is very concerned that not enough thought is being given to planning for the full evacuation of a facility and the possible need to re-locate veterans on an emergency basis. Management and security officials of the multi-story hospitals and long-term care facilities visited assured the task force that by the time a horizontal evacuation had removed patients or residents behind a fire door, a large number of police and firemen would have arrived. Thus the occupants of the building could be carried down the stairs quickly.

Many hospitals and residences are located in earthquake prone areas of the country, others are close to railway lines or major highways along which dangerous materials may move, and virtually all are subject to extreme weather conditions. Any one of these occurrences could delay the arrival and reduce the amount of additional assistance available to carry out a vertical evacuation and removal of veterans from the site to other locations. The Subcommittee believes that every hospital and long-term care facility with more than one floor should prepare a plan and rehearse its staff in carrying out a vertical evacuation of the building with the staff available.

42. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada standards of residential care include the requirement that facilities with more than one floor have a plan and the equipment necessary to carry out a vertical evacuation of the building with the staff available.

- 43. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada evaluate safety equipment that could be used to assist a limited number of staff carry out a successful vertical evacuation.**

In the event of an emergency requiring the complete evacuation of a building, patients or residents of a hospital or long-term care facility will have to be sent to other institutions. Since many veterans suffer from some degree of cognitive impairment, it cannot be assumed that evacuees will be able to identify themselves, much less provide dietary and medical information, to the institution to which they are sent.

The task force was very impressed with the Food and Travel Pass that has been developed by Parkwood Hospital in London and adopted by Sunnybrook hospital in Toronto. The pass identifies the veteran and his or her dietary restrictions and is used at social functions and on outings. It does not include medical information about the condition, treatments and drug prescriptions of the veteran, and the pass is kept at the nurses' station. It would be easy, however, to add emergency medical information in a form that could only be read by a hospital. Stored beside the room door, such a pass could accompany the veteran during emergency evacuations.

- 44. The Subcommittee recommends that the Veterans Affairs standards of residential care include a requirement that veterans have the equivalent of a Food and Travel Pass encoded with essential medical information, the Pass to accompany them during any evacuation of their ward.**

(d) Implementation of a Standard of Institutional Care

The Subcommittee believes that it is necessary and practical to adopt a federal standard of institutional care for veterans. Organizations such as the Canadian Council of Health Services Accreditation Standards are constantly upgrading standards of care and inspecting facilities seeking accreditation. These standards should be studied by Veterans Affairs Canada and adopted as the basic requirement of signing a contract for the provision of a veteran's priority bed. A supplementary "Veterans Charter", embodying the standards set out above, should be developed for each type of facility. Accreditation in good standing and acceptance of the "Veterans' Charter" should then be entrenched in the agreements between Veterans Affairs Canada and the individual hospital or long-term care facility.

- 45. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada adopt accreditation in good standing by the relevant national organization as a condition of placing veterans in a hospital or long-term care facility.**
- 46. The Subcommittee recommends that a "Veterans' Charter" be developed to set out the additional standards which must be met by the individual hospital or long-term care facility. The Subcommittee further recommends that the terms of this**

“Veterans’ Charter” be included in the agreement between Veterans Affairs Canada and the individual institution.

The entrenchment of these “Veterans’ Charters” in the agreements with individual hospitals and long-term care facilities will require that the latter have a degree of autonomy from the local regional health care authority. The members of the fact-finding task force were impressed by the degree of autonomy George Derby Centre of Vancouver had to set its own priorities, including the right to abandon re-thermalised meals and institute on site meal preparation.

- 47. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada negotiate agreements with individual provinces to allow hospitals and long-term care facilities with more than 50 veterans a degree of autonomy from the regional health authority.**

In some parts of the country there is a pressing need to provide more veterans’ priority beds or to renovate existing veterans’ wards. The local regional health authority or the province concerned may not give this work a very high priority in their spending plans, or may wish to spread the work over a number of years to keep it within budget. The Subcommittee believes that hospitals and long-term care facilities under contract with Veterans Affairs Canada should have sufficient autonomy to go ahead with such projects, if Veterans Affairs Canada is prepared to advance a substantial part of the capital necessary to carry out the construction on a priority basis.

- 48. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada offer designated facilities building loans to carry out construction, expansion or modernization of veterans care beds on a priority basis.**

C. Standards of Care for the Independent Veteran

(a) The Veterans Independence Program

The Veterans Independence Program is justly recognized as one of the most creative departmental initiatives since the post-war era. It is also one of the most cost effective programs Veterans Affairs Canada runs because, as departmental officials pointed out, VIP can keep seven or eight veterans in their homes for the cost of keeping one veteran in hospital or in an extended care facility. In recent years, however, the scope of the program has been cut back and the department has become more strict in allowing additional benefits. The time has come to reverse this trend and to seek out ways in which the program can enhance the quality of life of the veteran and his or her spouse.

- 49. The Subcommittee recommends that enhancing the quality of life of the independent veteran and his or her spouse become the guiding principle of the**

Veterans Independence Program rather than incidental to the cost advantages of reducing the need for institutional care.

In some parts of Canada there are already long waiting lists for the available veterans priority beds. There is also a very real concern that a substantial percentage of the 160,000 overseas veterans entitled to a priority access bed will invoke this right. To meet existing local shortages of beds and to prepare for a possible surge in demand for beds, the department is experimenting with the extension of some VIP benefits to overseas veterans. In regions where the waiting lists are long, such as Victoria, British Columbia, Ottawa, Ontario and Halifax, Nova Scotia, the department will use VIP to deliver whatever services and benefits are necessary to make the veteran's wait at home as comfortable as possible. **The Subcommittee fully supports the extension of some form of VIP benefits to all those waiting for a priority access bed as part of the recommendation made above.**

To get some idea of how many of the 160,000 overseas veterans entitled to a bed might eventually claim this right, these veterans should be encouraged to register with the department by offering them access to some form of VIP benefits. These veterans are now approaching the age when many will have outlived their partner and the quality of their lives is increasingly at risk. To maintain their quality of life and to avoid the necessity of institutionalisation, many of them will need help. Throughout their lives following their overseas service these veterans have asked Veterans Affairs Canada for nothing. It is time to offer them something in return for their service. Through the Minister of Veterans Affairs, the Government of Canada extended some Veterans Independence Program benefits to the Canada Service Only veterans. The Subcommittee believes that the Government should now take steps to include overseas veterans in the program.

- 50. The Subcommittee recommends that the Government of Canada take steps to extend some form of Veterans Independence Program benefits to those veterans with overseas service who are entitled to a veterans priority bed and are at risk of losing their independence.**

It can be very expensive for spouses and other family members to visit institutionalised veterans on a regular basis. Increasingly, hospitals and long-term care facilities use parking fees as a means of raising money. The Subcommittee believes that spouses or family members should be compensated for the reasonable costs of parking while making regular visits to an institutionalised veteran.

- 51. The Subcommittee recommends that the Veterans Independence Program compensate a spouse or a family member for the cost of parking while making regular visits to an institutionalised veteran.**

In every hospital and long-term care facility the fact-finding task force visited, there are some veterans whose spouses must travel substantial distances to visit them. The provision of overnight accommodation for those from out-of-town would allow them to spend more time with the veteran. Ideally, arrangements would be made for the visiting spouse to stay at the

home of a local spouse whose husband was also a patient or resident in the facility and who was prepared to offer accommodation. The VIP program should be used to reimburse out-of-town spouses for reasonable transportation costs in excess of public transportation. Veterans Affairs Canada should study the possibility of using the VIP to encourage hospitals and long-term care facilities to arrange accommodation for visiting spouses who must stay overnight, perhaps by offering a modest *per diem* payment.

52. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada expand Veterans Independence Program benefits to cover the travel costs of out-of-town spouses who visit institutionalised veterans and, where necessary and desirable, to pay for the costs of overnight accommodation.

(b) Creative Housing Solutions

The cost of providing VIP benefits to overseas veterans waiting for a bed in an institution will be substantial on a per veteran basis. The life expectancy of veterans in their 80s is not more than a few years, a factor which will increase the per veteran per annum costs of undertaking the renovation of private homes. The costs of making house calls to scattered locations to deliver medical treatment and the other services necessary to keep the veteran at home also argue in favour of new solutions to keep the veteran at home. Finally, the experiment with the extension of basic VIP benefits to overseas veterans waiting for a bed is based on the assumption that the spouse of the overseas veteran is and will continue to be able to accept almost the whole responsibility for care giving. This will continue to be true in some cases, but the care giving spouses are themselves ageing and becoming more frail as the years go by.

A creative alternative to institutionalisation or to the renovation of private homes is to enter into agreements with private enterprise, the provinces and local hospitals and long-term care facilities to build special housing units. These would be designed to meet the needs of veterans increasingly handicapped by physical or mental disability, and the needs of spouses who will need more and more help to look after the veterans at home. The housing units should be part of an existing hospital or multi-level, long-term care facility with an interest in developing strong out-patient and outreach programs.

53. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada, as a millennium project, initiate a project to build at least two experimental "clusters" of housing for aged veterans and their spouses in regions of the country where waiting lists for veterans priority beds are already long and are expected to get longer.

As envisaged by the Subcommittee, each of these clusters would have a limited number of two bedroom living units, perhaps fourteen or so, arranged around a common and fenced off area sufficiently large to incorporate gardens and green spaces as well as paths and a covered patio. Each unit would open onto the courtyard and have a small enclosed back yard. Of course, each unit would be fully wheelchair accessible and designed to make it as easy as possible to

care for a disabled person. Some units would be specially designed to allow patients suffering from dementia to wander safely.

Ideally, the clusters would be located in the grounds of existing long-term care facilities to make the most of the latter's out-reach, out-patient, day care and respite programs. In this way, the clusters would contribute to the quality of life of the veteran and spouse. To the veteran accustomed to independent living, the units would offer the benefits of living at home; to the spouse, they would offer the benefits of immediate access to nursing and medical care, and to day care and respite care as needed. To both the veteran and the spouse these units would offer close proximity to other veterans and their spouses, and to social and recreational opportunities.

The net cost to Veterans Affairs Canada of underwriting the development of these clusters need not be great. Other federal departments can help with their design, private enterprise and charitable foundations can be drawn into helping to finance their construction, while the provinces and the local health authorities can contribute to their operating costs. Location of the units on land already owned by hospitals or multi-level care facilities would reduce the capital outlay while charging rent at the going rate to overseas veterans who occupied them would cover the mortgage.

What are some of the advantages of "cluster housing" to Veterans Affairs Canada? The cost of providing a bed would be avoided or at least postponed. The costs of delivering benefits and services under the VIP would be much reduced: there would be no outlay for home renovation; and, the ongoing costs of providing routine housekeeping and maintenance services, transportation, medical treatment, etc. would be reduced by the concentration of veterans in one place close to a care giving facility.

Cluster housing for veterans also has advantages for the local health authorities and provinces. In the coming decades Canada will face a huge crisis in the provision of housing for the very old. Before the clusters reach the end of their useful lives, the veteran population will be very small and the units that are not occupied by surviving spouses can be offered to non-veterans. Thus these clusters will initially serve to help ageing veterans and their spouses continue living at home, and then will help local levels of government meet the needs of "baby boomers" as the latter enter old age.

The construction of cluster housing will have immediate economic benefits. The concept should be spread as soon as possible to other communities in which there is a need for more veterans' priority beds and in which the province or local regional health care authority has identified housing for the elderly as a priority. In these circumstances, Veterans Affairs Canada could explore the possibility of offering to enter into a partnership with the local health authority and/or private businesses to build cluster housing in return for a veterans' priority for some units.

2. Turning 4082 beds in 76 Institutions into a Network

As already noted, the transfer of responsibility for the institutional care of veterans to the provinces has had a number of very damaging consequences:

- Veterans Affairs Canada no longer views these facilities as a whole, as a national system dedicated to delivering health care to veterans across the country; and
- While individual institutions are doing a good job, and sometimes a creative job, of grappling with the problems that they face in dealing with ageing veterans, management and professional staff have no means of drawing on each other's experience and sharing their more creative solutions.

As a result each institution faces the unique problems of ageing veterans in isolation and, if management and staff do not give up the search for a solution because of time and cost, they frequently end up re-inventing the wheel. This isolation even exists among the health care centres of a single province: hospitals and long-term care facilities with substantial numbers of veterans rarely fall within the same regional health authority.

There is an urgent need to break down this isolation and to provide a number of ways in which management and professional staff can meet and exchange information. The Subcommittee believes that the department must learn again to view all the institutions which accommodate veterans as part of a whole – regardless of whether the institution is a community home with a single veteran resident, or a hospital or multi-level facility with hundreds of veterans.

The department should begin this process by organising a series of veterans' institutional care conferences across the country. Regional conferences of management could discuss issues of common interest in the treatment and care of veterans and evaluate the desirability of setting up regular channels of communication among professional staff with similar interests.

Regular regional conferences, however, would be a costly means of establishing day-to-day channels of communication, and regular national conferences much more so. The production of a regular newsletter has merit, but again it is time consuming for the writers, editorial staff and readers.

Increasingly, video conferencing is being used to reduce the need for face-to-face meetings and consultations and to give remote regions access to the medical expertise of the large cities. Veterans Affairs Canada already uses video conferences in pension adjudication. This same technique could be developed to allow for confidential consultation about the treatment of an individual patient between departmental doctors at Ste Anne's Hospital and the nursing staff of a long-term care facility.

The Internet was created to establish and maintain regular contact between busy professionals with special interests who worked in far-flung institutions. The Subcommittee envisages a veterans' care network accessible to all institutions caring for veterans that would enable a community nursing home in northern British Columbia to discuss therapy for a veteran

suffering from Post-Traumatic Stress Disorder with the staff of Ste. Anne's Hospital outside Montreal, or the availability of "hip pads" with the inventors in Camp Hill, Nova Scotia.

The network would feature a series of web sites organised as chat rooms devoted to specific subjects. Staff across the country could quickly pose problems and gather in the experience of others who had faced the same or a similar problem. Once found, valid solutions to the problem could be posted for quick reference. Each chat room might be moderated by a professional staff member from a different institution who would also be responsible for updating the frequently asked questions and possible solutions.

Departmental experts in Charlottetown and Ste Anne de Bellevue could be asked to participate as could the academic staffs of interested universities. Occasionally, a staff expert could be asked to prepare an interactive seminar on a particular problem or research project.

If they were well organized and run, these web sites would bring together an exceptional balance between cutting-edge academic research and technology on the one hand, and day-to-day, experience on the other hand. On the basis of the fact-finding tour of facilities across the country, the Subcommittee knows that there is a wealth of knowledge and experience to be shared about the following subjects.

Administration and Policy

- How to manage waiting lists;
- Future shock: the local population of overseas veterans entitled to a veterans' priority bed;
- Contributing to the local community and in turn, drawing on community resources;
- Building design and ward renovation. What are the best, most efficient etc. examples of new construction/renovation for the elderly and for the elderly with special needs?

Staff Training

- Training new staff to respect the special contribution veterans made to their country and to appreciate the reasons for their special entitlements;
- Up-grading staff qualifications on a regular basis and on site

Geriatric Medicine and Programs for long-term care facilities

- Treatment and programs for veterans with a history of long-term abuse of alcohol;
- Treatment and Rehabilitation of patients suffering from cognitive impairment;
- Dealing with the violent/potentially violent veteran

Food Services

- Dealing with the problems of re-thermalised food;
- Cost analysis of re-thermalised meals and bulk preparation on site;
- Breakfast toast;
- Meal clubs to get away from institutional food and back to home cooking, at least sometimes;
- Modifying meals and beverages to meet the needs of patients suffering from dysphasia

Safety and Emergency Measures

- Building evacuation, lateral and vertical;
- Emergency equipment which would aid in the rapid evacuation of the bedridden
- Disaster plans-present planning and staff training seems to be based on the assumption that existing staff will quickly receive support from large numbers of police and fire personnel. Any number of widespread events would disrupt this assumption – ice storms, floods, blizzards, earthquakes, major explosions etc. would paralyse road communications and draw off police, fire, etc resources. What plans exist to begin evacuation before large-scale arrival of police/fire, to draw on passers-by local resources;
- The Food and Travel Pass. Could it be improved by adding encoded medical information?

Recreation and Rehabilitation

- Weaving therapy;
- Animal therapy;
- Gardening therapy

Volunteers and visitors

- Volunteers are an essential part of the care-giving team, but many are getting old themselves;
- How to attract young volunteers from the local schools colleges and universities. (volunteer work could become part of the curricula for high school civics courses, sociology courses, geriatric studies programs, etc.);
- Visitors may bring inappropriate gifts candy for diabetics, cigarettes for heart patients. How to encourage respect for the dietary/health needs of veterans;

3. Administrative Issues

Management of the hospitals and long-term care facilities raised a number of administrative issues that Veterans Affairs Canada should address.

(a) Consultations

The residents of long-term care facilities have their own family doctors and many patients in a hospital also have a family doctor. These family doctors are not necessarily compensated for consultations with the medical and nursing staff caring for the veteran, or for consultations with the family of the veteran. As a result, family doctors can be reluctant to devote time to these consultations. Long-term care facilities in particular, feel that they would benefit from more of these consultations because their staff is oriented toward nursing and care giving rather than medicine, and because many veterans are dependent on family members to make decisions about treatment.

The Subcommittee believes that it is in the interests of the veteran to encourage close co-operation and the exchange of information between the family doctor of the veteran, the

medical staff of the hospital or long-term care facility in which the veteran is resident, and the family of the veteran.

- 54. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada compensate family doctors for consultations with the medical or nursing staff looking after a veteran in a hospital or long-term care facility, and for consultations with family members making treatment decisions on behalf of the veteran.**

(b) Funding for Training

The average age of veterans is approaching 80 and a large percentage can already be considered very old. As a society, however, we have as yet little experience in caring for large numbers of the very old. The care of the elderly and the very old is only now winning acceptance as a legitimate area of specialisation in nursing and care giving. As a result, there are few training programs available that serve as an introduction to the long-term care of the elderly or serve to upgrade existing experience and training to deal with the special problems of the elderly, such as dementia.

While the hospitals the task force visited referred to the need for more research into the impact a growing population of the very old will have in the 21st Century, management of the long-term care facilities everywhere across the country stressed the need for more training: basic training for untrained or inexperienced staff; training upgrades to keep pace with advances in treatment and techniques; and, specialised training to focus on specific problems. These institutions are already short-staffed and cannot afford to replace staff away on training.

Given the need to ensure veterans the best quality of care available, the Subcommittee believes Veterans Affairs Canada should help pay for training upgrades and, through Ste Anne's Hospital, develop training videos and printed material for dealing with the special behavioural problems of veterans. As much as possible, the emphasis should be on developing relatively short, practical training modules each one of which can be taken at the institution itself in about two hours over an extended lunchtime or at the end of a shift.

- 55. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada provide long-term care facilities with funding to upgrade the training of the nursing and care giving staff looking after veterans. This funding should include the costs of replacing staff taking courses;**
- 56. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada develop an inventory of recommended training courses and materials on caring for the elderly and the very old, and related subjects; and,**
- 57. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada, in consultation with the professional staff of Ste Anne's Hospital, develop new training videos and training material as necessary.**

(c) Billing the Treatment Accounts Processing System (TAPS)

Institutionalised veterans continue to be eligible for certain kinds of Veterans Independence Program benefits. Many institutions do not know how to bill TAPS for the benefits the veterans are entitled to, or are unaware of what they can bill to TAPS. On the other hand, multi-level long-term facilities complain that billing TAPS is unnecessarily bureaucratic.

The Subcommittee believes that the TAPS system of paying for the medical benefits of an independent veteran works well, but that it must be revised to make it easier to use by facilities which may have veterans with different levels of entitlement.

- 58. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada revise the Treatment Accounts Processing System (TAPS) to simplify billing by institutions, and that all institutions be regularly briefed about what benefits can be billed.**

(d) Recognition of Volunteers

Veterans and management in all parts of the country sang the praises of the work done by volunteers. To management, volunteers can be equated to large numbers of "hours" and "person years". They help enrich the day-to-day lives of veterans by raising money for luxuries (and sometimes necessities), by running canteens, by helping with activity and recreational programs, helping take veterans on trips, and by just caring about the individual veteran and listening to his or her stories. Discussing the impact of staff cutbacks, a veteran told the task force: "Volunteers, they deserve a medal. Without them, we'd be in sad shape".

The Subcommittee fully supports this view of the importance of volunteers to the quality of life of veterans. Veterans Affairs Canada must do everything in its power to find ways to show its continuing appreciation for their work.

PART THREE

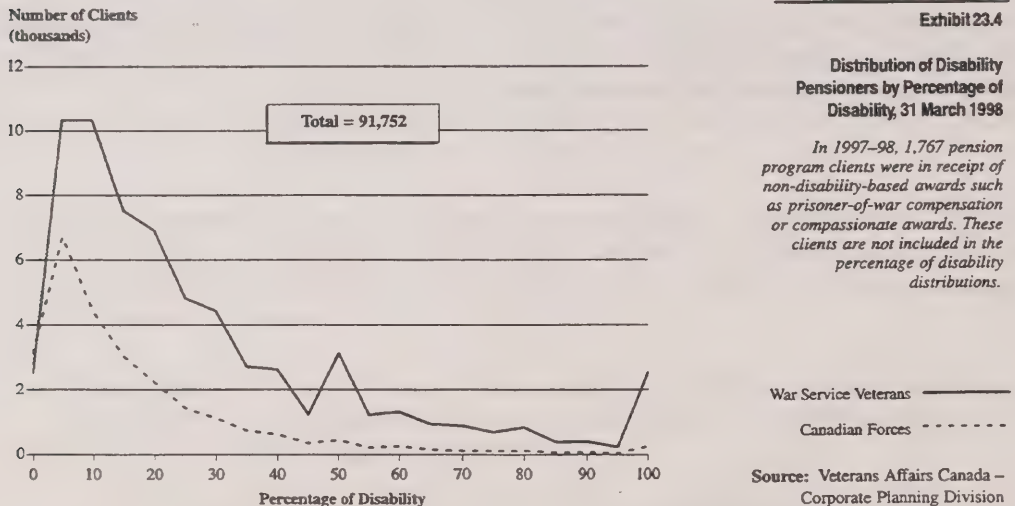
PENSIONS AND OTHER ISSUES

1. Pensions

It is difficult to overstate the importance of pensions and allowances to veterans. A pension represents more than simple compensation for disability; it is a tangible recognition of service and sacrifice for the sake of country. As veterans age, pension entitlements become even more important because survivors benefits are based on a percentage of the pension being paid at the time of death. Thus it is natural for veterans in their late 70s to worry that when they die, their pensions will be inadequate to meet the needs of the spouses who have looked after them for 50 years and more.

Veterans have reason to worry: of an estimated 400,000 service veterans only 68,000 or 17% receive a disability pension. The vast majority of pensioned veterans receive very small pensions and will not leave much in the way of survivors benefits to their spouses. This factor weighs heavily on their minds and effects their quality of life.

The following chart, taken from the December 1998 Report of the Auditor General of Canada on veterans disability pensions presents a visual analysis of the distribution of disability pensioners by the degree of their assessed disability. The solid line represents war veterans from World War I, World War II, and the Korean War and the broken line represents Canadian Forces pensioners.



Source: Report of the Auditor General of Canada, Chapter 23 Veterans Affairs Canada - Disability Pensions, December 1998.

The chart shows that the overwhelming majority of war veterans and Canadian Forces pensioners are assessed at a very low level of disability; almost two-thirds of veterans are assessed at a disability rate of 25% or less. The sharp peak between 45% and 55% disability is due to the fact that the surviving spouse of a veteran assessed at 48% and above is entitled to a full survivors pension while survivors of veterans assessed at 47% and less receive a proportionate pension equal to one-half of the degree of disability. The second peak at 95% disability is explained by the additional benefits available to those judged to be exceptionally incapacitated.

The Subcommittee finds the chart both upsetting and suggestive. It is upsetting because, although there is a large age difference between war service veterans and Canadian Forces pensioners, the disability curve of the younger pensioners almost exactly duplicates the curve of the older service veterans. Yet, many pensionable conditions worsen with time and the assessed degree of disability should increase as the pensioner ages. According to the chart, however, veterans in their late 70s are not being assessed at significantly higher levels of disability than Canadian Forces veterans. Why not? Some service veterans are beginning to believe that the pension adjudication system as a whole discriminates against them.

The Subcommittee has explored two possibilities: unwitting discrimination against war service veterans because they are less inclined to press for a higher assessment and have more difficulty relating their conditions to their service because of poor record keeping; and, the tendency to attribute the aggravation of their injuries to old age rather than to service.

Service veterans come from a generation marked by deference to authority and a reluctance to ask for "more than their fair share". They served during national emergencies when reporting every injury and keeping good records were very low priorities. Injuries that were not life threatening could go unreported on the front lines, and, in the rush to demobilise tens of thousands of soldiers, unreported on discharge. As a result, service veterans have found it difficult to relate many of their medical conditions to their service. This contrasts with the situation of service personnel in the post-Korean War era. Younger personnel were brought up in a culture that prided itself on challenging authority and have the education and sophistication necessary to press for their full entitlements. Knowing the importance of being able to relate medical conditions to service long after the event, record keeping has become much more accurate and comprehensive over the past fifty years.

The Subcommittee has compiled the following table from information it requested: approval rates for First Applications by Service from Veterans Affairs Canada; and, approval rates for Review and Appeal decisions from Veterans Review and Appeal Board Canada.

**Approval Rates by Service and by Level of Adjudication:
First Application, Review and Appeal**

Condition	Service Veterans			Canadian Forces		
	1 st Applic.	Review	Appeal	1 st Applic.	Review	Appeal
All Conditions	58%	52%	22%	35%	54%	19%
Hearing Loss	77%	55%	27%	42%	41%	15%
Arthritis	20%	38%	19%	18%	53%	19%
Spinal Conditions (excl. spinal cord)	19%	43%	11%	20%	56%	16%
Psychological Conditions (incl. PTSD and Psycho- neurosis)	49%	59%	27%	10%	42%	23%

The table shows that war service veterans have a better chance of a favourable decision on First Application than Canadian Forces personnel, but that thereafter their rates are similar through the review and appeal levels of pension adjudication.

Rates of approval for some conditions that time can be expected to aggravate follow the expected pattern. Service veterans claiming for hearing loss have a much better chance of having their claim approved at all levels than do Canadian Forces personnel. The same is true of claims for Psychological Conditions (most of which are for Post-traumatic Stress Disorder and Psychoneurosis). But the opposite holds true for conditions such as arthritis and spinal conditions (excluding spinal cord conditions). In adjudication of the latter conditions the younger applicants actually have a better chance of having their claims approved than do the service veterans.

The Subcommittee believes that the apparent anomaly in the rates of disability for service veterans and for Canadian Forces personnel, and in the approval rates for certain conditions deserves careful study, and that representatives of veterans organizations should participate.

59. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada and the Veterans Review and Appeal Board Canada form a committee to investigate the possibility of systemic discrimination in the pension adjudication process and that representatives of the veterans organizations be asked to participate in the study.

The Subcommittee believes that it is time to stop partially attributing the deterioration in pensioned conditions to age. Under current practices, a veteran assessed at a 50% disability does not necessarily receive a 50% disability pension. All too frequently, much of the disability is attributed to "old age" and the veteran is awarded a smaller pension, perhaps 20%. This, in the opinion of the Subcommittee, is one reason for the relatively low levels of pension granted the majority of service veterans.

- 60. The Subcommittee recommends that once a condition is accepted as service related, its further deterioration or aggravation be attributed to the conditions of service, not to age.**

Veterans organizations and the Subcommittee have been critical of the role of the Headquarters Medical Advisors in pension adjudication for many years: the latter's interventions always seem to prejudice the interests of veterans. Supposedly, one of their responsibilities is to ensure that disability assessments for similar conditions are the same in all parts of the country. The reality that veterans experience, however, is that these Medical Advisors exist to maintain assessments at the lowest common denominator. Veterans and veterans organizations believe that the reputation of the Medical Advisors has an impact on the preliminary assessment of disability. In deciding at what level to assess the disability arising from a medical condition, District Medical Officers are reluctant to follow their own professional instincts, or the opinion of a family doctor. Instead, they try to anticipate the decision of the Medical Advisors by suggesting a low level of assessment or an incremental increase in the level of assessment.

The Subcommittee believes that the role of Headquarters Medical Advisors should be restricted to advising what the national trends in assessment for a particular condition are. The District Medical Officer, in consultation with the family doctor or specialist, should make the final decision about assessment. Individual assessments which diverge substantially from the national trend should be clearly justified.

- 61. The Subcommittee recommends that the final decision about the assessed level of disability to be granted a veteran or member or ex-member of the Canadian Forces be made by the District Medical Officer who has examined and interviewed the applicant, in consultation with the family doctor and/or specialist.**

The Report of the Auditor General on the adjudication of disability pensions has confirmed that together Veterans Affairs Canada and the Veterans Review and Appeal Board have drastically reduced the length of time it takes to adjudicate a claim at all levels of the process. By September 1997 they had more than met the Minister's promise to halve turnaround times, reducing them by more than two-thirds at the First Application and Review levels of adjudication. The Subcommittee congratulates Veterans Affairs Canada and the Veterans Review and Appeal Board for this breakthrough in turnaround times.

In its April 1997 Report, "Steadying the Course", the Subcommittee first expressed its concern that the price of speedier decisions was less considered decisions that fail to take into account individual circumstances. The Subcommittee thus notes the recommendation by the Auditor-General that Veterans Affairs Canada improve the services offered first applicants in the preparation of their claims by

- improving standard national guidance materials and manuals;
- ensuring that new pension officers receive appropriate initial training on a timely basis; and
- re-examining workload distribution.

62. The Subcommittee will monitor implementation of Veterans Affairs Canada's promise to develop a standardized information and procedures manual for use in the field and a training module for pension officers.

The Bureau of Pensions Advocates is responsible for preparing almost all cases for review and appeal. Members of the Subcommittee have received many complaints that the pressure to reduce turnaround times is not leaving the available lawyers enough time to thoroughly prepare the veteran's case for submission and themselves for the hearing. Rather than slow down the adjudication process, the Subcommittee believes Veterans Affairs Canada should hire more lawyers.

63. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada authorize the Bureau of Pensions Advocates to hire sufficient staff to ensure that lawyers have the time to thoroughly prepare their cases for submission, and to thoroughly brief themselves about a case before presenting it to a review or appeal board.

The Subcommittee is concerned that the dramatic improvement in favourable rulings and turnaround times not distract attention from the very low disability assessments being granted veterans across the board. Veterans themselves and veterans organizations do not believe that applicants, whether at the first level or at the review and appeal levels, are always given the benefit of the doubt. The Subcommittee believes the time has come to arrange for a representative of the veterans and Canadian Forces personnel to sit on veteran's review and appeal boards.

64. The Subcommittee recommends that veterans organizations be represented on all review and appeal boards by a non-voting member of their choosing.

2. Other Issues

A. War Veterans Allowance – Near Recipients

When veterans on War Veterans Allowance reach retirement age and become eligible for Old Age Security and Guaranteed Income Supplement payments, it is very easy for their incomes to exceed the maximum permitted. As a result, they no longer qualify for War Veterans Allowance payments. They or their spouses, however, may have substantial expenses for prescription and non-prescription drugs, medical supplies, etc., all of which have been recommended by a doctor to treat a medical condition, but whose costs are not taken into consideration when calculating income. The Subcommittee believes that this kind of medical expense should be excluded from income when calculating continuing entitlement to payments under the War Veterans Allowance.

- 65. The Subcommittee recommends that recipients of the War Veterans Allowance be allowed to deduct from income for the purposes of determining eligibility for payments, the costs of prescription and non-prescription drugs, medical equipment and medical supplies recommended by a doctor to treat a medical condition.**

B. Veterans of Peacekeeping Missions

Some veterans of peacekeeping missions are not getting treatment for their service-related conditions. Their conditions of military service, and perhaps their reasons for leaving it, have left them so distrustful of governmental authority that they will not seek help from government organizations in general, and the Department of National Defence and Veterans Affairs Canada in particular. These service men and women must be able to discuss their medical symptoms and the treatment options open to them, in complete confidence, with knowledgeable and sympathetic persons that they trust.

Veterans Affairs Canada must provide a counselling service delivered at arms length by a non-governmental organization. The counsellors of the service should know about the availability of treatment centres not connected to the federal government as well as about Veterans Affairs treatment and disability programs. The Subcommittee believes that a national organization of veterans of peacekeeping missions would be a logical choice to run such a service and to represent the interests of these veterans before departmental bodies.

- 66. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada pay a non-governmental organization to establish, operate and to advertise a toll-free counselling service for veterans of peacekeeping missions.**

Veterans Affairs Canada should offer a toll-free, at home counselling service for all veterans and their spouses. This service would not only offer information about benefits and entitlements, but also offer emotional and social support for home-based veterans.

- 67. The Subcommittee recommends that Veterans Affairs Canada establish a toll-free counselling service to provide at home veterans and their care givers with advice, emotional and social support.**

3. Conclusion

The Subcommittee has found the work of its fact-finding task force immensely effective. Their visits to individual hospitals and long-term care facilities were appreciated by the veterans living there, by the management of the institutions, and by the local officials of Veterans Affairs Canada. The reports on individual facilities gave the Subcommittee an excellent insight into the health care of institutionalised veterans. These visits should be continued.

Follow-up visits should be paid to those institutions already visited to monitor the implementation of the recommendations of the Subcommittee. The remaining institutions with 50 and more veterans must also be visited.

Increasingly, veterans are choosing to enter institutions close to home and Veterans Affairs Canada is responding by decentralizing veterans priority beds into smaller communities. More than 60 facilities have fewer than 50 veterans. Not all of these facilities can be visited, but a cross-section should be to evaluate the ability of Veterans Affairs Canada to ensure that veterans in smaller centres receive the same level of care and have access to the same programs as veterans in facilities with large numbers of veterans.

- 68. The Subcommittee recommends that the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology follow up the present report by forming a task force to re-visit the institutions to evaluate progress in implementing these recommendations and to visit and report on the health care offered veterans in smaller communities. The Subcommittee recommends that the director of residential care of Veterans Affairs Canada be asked to accompany the task force on these visits and that the task force submit its report within one year.**

APPENDIX 1

Witnesses and Individuals Met during the Course of this Study

First Report, March 1998

Name of witness	Issue	Date
Mr. Ralph Annis Vice-President and Chairman Veterans Services and Legion Seniors Committees The Royal Canadian Legion	02	97/12/16
Mr. Thomas H. Brooks Company of Master Mariners of Canada	02	97/12/16
Mr. H.C. Chadderton Chairman National Council of Veteran Associations in Canada	02	97/12/16
Mr. Brian Forbes Honorary Secretary General National Council of Veteran Associations in Canada	02	97/12/16
Mr. Ian D. Inrig Dominion Secretary-Treasurer The Army, Navy and Air Force Veterans in Canada	02	97/12/16
Mr. Ted Keast Assistant Director, Service Bureau The Royal Canadian Legion	02	97/12/16
Ms. Faye Lavell Director, National Secretary National Council of Veteran Associations in Canada	02	97/12/16
Ms. Muriel MacDonald Merchant Navy Coalition for Equality	02	97/12/16

Mr. Jim Margerum	02	97/12/16
Chairman, Ontario Command Veterans Services Committee		
The Royal Canadian Legion		
Mr. Gordon Olmstead	02	97/12/16
National Chairman		
Merchant Navy Coalition for Equality		
Mr. Jim Rycroft	02	97/12/16
Director, Service Bureau		
The Royal Canadian Legion		

The Subcommittee travelled to North York, Ste-Anne de Bellevue and Charlottetown and held *in camera* meetings on December 17, 18 and 19, 1997

At the Sunnybrook Health Science Centre, North York, the following people were heard:

Mr. Llew Anderson
Resident, President of the Veterans Committee

Mr. Tom Brent
Chair, Board of Trustees

Mr. Tom Closson
Chief Executive Officer Program

Mr. Ian Douglas, C.M., Q.C.
Trustee Emeritus, Member of Veterans Committee

Dr. Peter Norton, M.D.
Vice President (Medical) for the Ageing Program

Mr. Arthur Plumb
Resident, Past President of the Veterans Committee

Ms. Marilyn Rook
Vice President (Operations) for the Ageing Program

At Ste-Anne's Hospital in Ste-Anne de Bellevue, Québec, the following people were heard:

Ms. Judith Cohen
Nurse Clinician

Mrs. Thérèse Dufresne
Chief of Dietary Services

Mrs. Rachel Corneille Gravel
Executive Director

Dr. Bernard Groulx
Department of Psychiatry

Dr. Pierre Paquette
Director of Professional Services

Mrs. Suzanne Lalonde
Regional Director General - Quebec, Veterans Affairs Canada

In Charlottetown, the following officials from the Department of Veterans Affairs were heard:

Mr. J.D. Nicholson
Deputy Minister

Mr. Dennis Wallace
Assistant Deputy Minister, Veterans Services

Mr. Darragh Mogan
Director General of Health Care

Ms. Debbie Gallant
RVCN Project Member

Mr. John Conlin
District Director, Toronto Area Office

Mr. Simon Coakeley
Executive Director, Ste Anne's Transfer Project

Report, February 1999

Name of witness	Issue	Date
<hr/>		
Mr. H. Clifford Chadderton, Chairman National Council of Veteran Associations in Canada	11	98/06/09
Mr. Brian Forbes Honorary Secretary General National Council of Veteran Associations in Canada	11	98/06/09
Mr. Jim Rycroft Director, Service Bureau The Royal Canadian Legion	11	98/06/09
Mr. Jim Margerum Chairman Ontario Command Veterans Services Committee The Royal Canadian Legion	11	98/06/09

The Subcommittee met with the following individuals during visits to various facilities across Canada:

June 1998

The Perley and Rideau Veterans Health Centre, Ottawa

Mr. Andrew Fenus, Vice-Chairman, Board of Directors
Colonel (Retired) Fred Hannington, Board Director
Colonel (Retired) Murray Johnston, Board Director
Colonel (Retired) John Gardam, Chair, Veterans' Liaison Committee
Mr. Greg Fougère, Executive Director and Chief Executive Officer
Ms. Janet Morris, Assistant Executive Director

November 1998

Deer Lodge Centre, Winnipeg, Manitoba:

Mr. Tim Duprey, Chief Executive Officer
Ms. Margo Christie, Director of Care
Ms. Nykola Dubenski, Public Relations
Mr. Kevin Scott, Director Recreation Services
Ms. Pam Robb, Director, Social Work

Dr. David Murray, Medical Director
Mr. Frank Krupka, Dietetic Services Director
Mr. John Walker, Director, Health Care Systems, Veterans Affairs Canada
Ms. Diane Petersen-Razos, Director, Manitoba District, Veterans Affairs Canada
Mr. Larry Bredesen, Deputy Regional Director General, Prairie Region, Veterans Affairs Canada

Colonel Belcher Veterans' Care Centre, Calgary, Alberta:

Ms. Lynne Mansell, Senior Operating Officer
Ms. Mary Sangha, Administrative Leader
Ms. Cynthia Watson, Manager, Programs & Services Residents

The Lodge at Broadmead, Victoria, B.C.:

Mr. Bruce Goldsmith, Chief Executive Officer
Ms. Peggy Mika, Vice Chairperson, Board of Directors of the Tillicum and Veterans Care Society Operating TLAB
Mr. Merv Dutchak, Director of Plant Services
Ms. Gloria Parker, Director of Care
Mr. Andrew Butler, Regional Manager, Fraser Valley, Thompson West Kootneys, MOH
Ms. Martha McDougall, Director, Lifestyles and Community Services
Mr. Ken Parkinson, District Director, Veterans Affairs Canada

Brock Fahrni Pavilion, Vancouver, B.C.:

Ms. Bev Inglis, Nurse Manager
Ms. Eileen Kosarek, Social Worker
Ms. Manorma Bhate, Dietician
Mr. Graham Williams, District Director, Vancouver, Veterans Affairs Canada.

George Derby Centre, Burnaby, B.C.:

Ms. Janice Mitchell, Administrator
Ms. Janet Neil, Unit Manager (Direct Care)
Ms. Noreen Donnelly, Director of Volunteer/Leisure Services
Ms. Haria Soares, Director, Support Services
Mr. Graham Williams, District Director, Vancouver, Veterans Affairs Canada

December 1998

Parkwood Hospital, London, Ontario:

Ms. Anne Hubbell, Chair, Board of Directors
Mr. Michael Boucher, Vice-President
Ms. Jill MacLean, Director, Veterans Care Program
Ms. Maggie Gibson, Psychologist, Veterans Care Program
Ms. Nancy Bowers Ivanski, Therapeutic Recreation Specialist
Ms. Beth Schroeder, Patient Relations
Ms. Deb McKinley, Food and Nutrition Services
Mr. Bob Shirrefs, President, Residents Council

Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre (Sunnybrook Campus), North York, Ontario:

Ms. Kerry Marshall, Acting President and CEO

Ms. Anne Morris, Operations Director, Physical and Cognitive Support

Dr. Evelyn Williams, Director, Long-term care and Medical Director, Physical Support, Patient Service Unit.

Messrs. J. Ross LeMesurier and Ian Douglas, Members of the Veterans Committee of the Board of Trustees

Mr. John Conlin, District Director, Veterans Affairs Canada

Mr. Llew Anderson, Resident, President of the Veterans Committee

Mr. Arthur Plumb, Resident, Past President of the Veterans Committee

January 1999

Camp Hill Hospital of QE II Health Sciences Centre, Halifax, Nova Scotia:

Dr. Barry Clark, Director Long-Term Care

Ms. Helen Cameron, Co-ordinator, Centre for the Elderly

Ms. Deborah Vanderwater, Director of Nursing

Ms. Shirley MacIntosh, Director of Food Services

Mr. Jim Clark, Director of Fire and Safety

Mr. Andrew Ritcey, Director of Recreation Services

The Subcommittee also travelled to Charlottetown, P.E.I., and met with the following officials of the Department of Veterans Affairs:

Mr. J.D. Nicholson, Deputy Minister

Mr. Brian D. Ferguson, Assistant Deputy Minister, Veterans Services

Mr. Darragh Mogan, Director General, Health Care Division

Ms. Orlanda Drebit, Director, Health Services

Mr. Bob Atkinson, Director General, Transition Management and Project Leader, Review of Veterans Care Needs

Mr. John Walker, Director, Health Care Systems

Ms. Sandra Gaudet, Director General, Program Coordination

Ms. Judith Holman, Executive Writer

Ms. Doris Boulet, Director General, Benefits Division

Mr. Bernard Butler, Director, Pension and Operational Services

Mr. Brian Chambers, Chairman, Veterans Review and Appeal Board (VRAB)

Ms. Dale Sharkey, Executive Director, VRAB

Mr. John Brehaut, Special Advisor, VRAB

Ms. Patsy Bolger-Gallant, Senior Communication Officer

APPENDIX 2

Recommendations from the First Report

The Subcommittee recommends:

That Veterans Affairs Canada ensure that all service providers at the provincial and community levels are informed that veterans are entitled to priority in receiving such additional services and benefits as may be provided under federal legislation, federal contracts with the provincial health care system, or with the individual institution.

That Veterans Affairs Canada prepare a discussion document setting out in concrete terms the conclusions to be drawn from the studies it has undertaken on the future of veterans health care. The document should

- present a demographic analysis of ageing and dependency trends;
- evaluate the increased demands on programs that might arise as overseas service veterans, not currently in receipt of benefits, age and become less independent; and
- be prepared without delay and circulated to veterans organizations and the Subcommittee as soon as possible.

That Veterans Affairs Canada adopt an integrated approach to the health care needs of the spouse of a severely disabled veteran in the years following the death or permanent institutionalisation of the veteran.

That the Department establish a detailed federal standard of care for implementation in long-term care facilities. This standard must meet the needs of veterans to the same or a higher degree than was the case before the Department transferred its facilities to the provinces. Regardless of whether the standard is expressed in terms of patient outcomes or in terms of hours of care per resident per day etc., it must be readily understandable;

That the standards referred to above specify that all chronic care palliative care wards in which the Department contracts for veterans beds be equipped with a sprinkler system; and

That the Department negotiate updated Transfer Agreements with the provinces that enshrine the departmental standards referred to above.

That the Department make formal visits to facilities where veterans reside at least twice a year, and that its officials make informal visits as frequently as possible.

That the Department immediately take the lead in finding a way to equip the veterans on K Wing of the Sunnybrook Hospital with electric beds.

That the Department review with officials of Sunnybrook Hospital the staffing levels on Kilgour Wing and ensure that these are adequate to meet the needs of the veterans resident there.

That the Department, as part of the standards referred to above, ensure that a high percentage of nursing staff that deal with cognitively impaired veterans hold credentials that prevent their being “bumped” by nurses that have no training or experience in the field of cognitive support.

That the Department, as part of the standards referred to above, specify that all contract hospitals with veterans’ beds have clear and precise guidelines about handling patients who have fallen and the circumstances under which a doctor must physically check them before they are moved or put back in bed and that all staff members be made aware of and respect these guidelines.

That the Department, as part of the standards referred to above, specify that cognitively impaired residents with aggressive patterns of behaviour should not be mixed with physically or cognitively impaired residents.

That the Department ensure continued support for the psychiatric and psychogeriatric programs at Ste Anne’s Hospital.

That the Department continue to support further research and development at Ste Anne’s Hospital into advanced nutritional care for Dysphagia, and that the Ste Anne techniques and products be made available at hospitals under contract to the Department.

That the Department ensure that the principle of merit, not seniority, remain the basis of staffing actions at Ste Anne’s Hospital.

That the Department indefinitely postpone the transfer of Ste Anne’s Hospital to the Province of Quebec, that the Department amend veterans legislation to permit the spouses of disabled veterans to occupy beds reserved for veterans, and that Ste Anne’s Hospital be gradually modernized to this end.

APPENDIX 3

Message from the Department of Veterans Affairs

Veterans Affairs Anciens Combattants
Canada Canada

Received by fax February 18, 1999

P.O. Box 7700 C.P. 7700
Charlottetown, P.E.I. Charlottetown (Î.-P.-É)
C1A 8M9 C1A 8M9

Senator Orville H. Phillips, DDS
The Senate of Canada
Ottawa, Ontario
K1A 0A4

Your file - Votre référence

Our file - Notre référence

Dear Senator Phillips:

The following is a list of the specific issues that you requested I make note of for follow-up over the upcoming year. My understanding is that the Senate Subcommittee will request an update on our progress during the next year.

1. Deer Lodge

- new equipment for serving rethermalized food
- new electric beds and mattresses
- minor renovations

2. Colonel Belcher

- training program for dementia - prepared by VAC available to priority access facilities.

3. Lodge at Broadmead

- ensure affiliation agreements are maintained
- 20 new Priority Access Beds
- Veterans Health Centre to provide services for veterans residing at home.
- TAPS process too long. This has been resolved between the VAC District Office and Lodge officials.

4. George Derby

- new kitchen furniture
- move to become a multi-level facility
- ensure affiliation agreements are maintained.

5. Brock Farni

- VAC official to meet with administration to discuss improvements to the facility.

.../2

6. Parkwood Hospital

- VAC to discuss new equipment for serving rethermalized food with Parkwood - similar to the equipment purchased at Deer Lodge.

7. SHSC

- prior to the visit of the Senate Subcommittee the plan was to renovate K-Wing over an eight year period. VAC has agreed to discuss with SHSC an approach to reduce this time frame.

8. Camp Hill

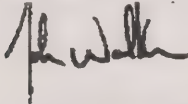
- VAC will discuss the possibilities of cost sharing a glass atrium at the back of the facility for the use of veterans.
- there is a proposal for a respite project in Cape Breton.
- review the possibility of providing funding for a residency program at the facility utilizing family doctors with an interest in care of the elderly.

General

- to provide assistance in a meeting of facility representatives from each region.

Thank you very much for your assistance and insights during our visits to these facilities. I truly enjoyed our trip and hopefully, I will be able to provide a positive report on our progress in six to eight months.

Yours sincerley,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'John Walker', with a stylized, cursive script.

John Walker
Director, Residential Care

RELEVER LA BARRE : UNE NOUVELLE NORME DE SOINS DE SANTÉ POUR LES ANCIENS COMBATTANTS

**L'ÉTAT DES SOINS DE SANTÉ DISPENSÉS AUX ANCIENS COMBATTANTS
ET AUX PERSONNES DES FORCES ARMÉES CANADIENNES**

Rapport du Sous-comité des anciens combattants
du Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie

Le président du Sous-comité,
L'honorable Orville H. Phillips

Le vice-président,
L'honorable Archibald Johnstone

Février 1999

MEMBRES

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie :

L'honorable Lowell Murray, *président*

L'honorable Peggy Butts, *vice-présidente*

et

Les honorables sénateurs :

Cohen, Erminie Joy

Cools, Anne C.

Ferretti Barth, Marisa

Gill, Aurélien

*Graham, B.A., c.p.

(ou Carstairs, Sharon)

Johnstone, Archibald

Lavoie-Roux, Thérèse

LeBreton, Marjory

*Lynch-Staunton, John

(ou Kinsella, Noël)

Mahoney, Marian

Phillips, Orville H.

Ruck, Calvin

**Membres d'office*

Le greffier du Comité,

Cathy Piccinin

Le Sous-comité des anciens combattants :

L'honorable Orville H. Phillips, *président*

L'honorable Archibald Johnstone, *vice-président*

et

Les honorables sénateurs :

Cohen, Erminie Joy

Cools, Anne C.

*Graham, B.A. c.p.

(ou Carstairs, Sharon)

*Lynch-Staunton, John

(ou Kinsella, Noël)

Ruck, Calvin

**Membres d'office*

Nota : Les anciens sénateurs les honorables Lorne Bonnell, Jean Forest et Duncan Jessiman ont aussi participé aux séances du sous-comité portant sur cette étude.

Le greffier du Sous-comité,

Barbara Reynolds

ORDRES DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du mercredi 5 novembre 1997 :

L'honorable sénateur Bonnell propose, appuyé par l'honorable sénateur Ferretti Barth,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à faire une étude et à présenter un rapport sur l'état des soins de santé au Canada dispensés aux anciens combattants et aux personnes des Forces armées canadiennes; que l'étude porte sur l'accessibilité, la qualité et les critères des soins de santé à la disposition des anciens combattants et des personnes des Forces armées canadiennes;

Que le Comité soit habilité à autoriser la télédiffusion et la radiodiffusion, selon ce qu'il juge à propos, d'une partie ou de la totalité de ses délibérations; et

Que le Comité présente son rapport au plus tard le 30 juin 1998.

La motion, mise aux voix est adoptée.

Le Greffier du Sénat,
Paul C. Bélisle

Extrait du Procès-verbal du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie du 25 novembre 1997 :

L'honorable sénateur Bonnell propose -

Que le Sous-comité des affaires des anciens combattants soit autorisé à faire une étude et à présenter un rapport sur l'état des soins de santé au Canada dispensés aux anciens combattants et aux personnes des Forces armées canadiennes; que l'étude porte sur l'accessibilité, la qualité et les critères des soins de santé à la disposition des anciens combattants et des personnes des Forces armées canadiennes;

Que le Sous-comité soit habilité à autoriser la télédiffusion et la radiodiffusion, selon ce qu'il juge à propos, d'une partie ou de la totalité de ses délibérations; et

Que le Sous-comité présente son rapport au plus tard le 30 juin 1998.

La motion, mise aux voix est adoptée.

Le greffier du Comité,
Jill Anne Joseph

Extrait des *Journaux du Sénat* du 16 juin 1998 :

Que, par dérogation à l'ordre adopté par le Sénat le 5 novembre 1997, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, autorisé à faire une étude et à présenter un rapport sur l'état des soins de santé au Canada dispensés aux anciens combattants et aux personnes des Forces armées canadiennes, soit habilité à présenter son rapport final au plus tard le 30 décembre 1998; et

Que le Comité soit autorisé, nonobstant les pratiques habituelles, à déposer son rapport auprès du Greffier du Sénat, si le Sénat ne siège pas, et que ledit rapport soit réputé avoir été déposé au Sénat.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Extrait des *Journaux du Sénat* du mercredi 9 décembre 1998 :

L'honorable sénateur Phillips propose, appuyé par l'honorable sénateur DeWare,

Que, par dérogation à l'ordre adopté par le Sénat le 5 novembre 1997, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, autorisé à faire une étude et à présenter un rapport sur l'état des soins de santé au Canada dispensés aux anciens combattants et aux personnes des Forces armées canadiennes, soit habilité à présenter son rapport final au plus tard le 26 février 1999; et

Que le Comité soit autorisé, nonobstant les pratiques habituelles, à déposer son rapport auprès du Greffier du Sénat, si le Sénat ne siège pas, et que ledit rapport soit réputé avoir été déposé au Sénat.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le Greffier du Sénat,
Paul C. Bélisle

OBSERVATIONS PRÉLIMINAIRES

Lorsque le présent Sous-comité a terminé, il y a deux ans, son grand rapport sur les pensions, il lui a fallu choisir son prochain sujet d'enquête et la décision lui est alors apparue évidente : l'état des soins de santé dispensés aux anciens combattants et aux militaires du Canada.

Il y a plus d'un an, le Sous-comité a publié un rapport provisoire sur la question, son examen des soins de santé ayant été temporairement interrompu par une autre étude urgente concernant le Musée canadien de la guerre.

Il faut préciser que l'étude représente pour le Sous-comité la conclusion de trois années de travail sur les pensions, les soins de santé et la commémoration.

Le présent rapport constitue en outre un important précédent pour ce qui est de la collaboration entre le Sous-comité et le ministère des Anciens combattants. Le Ministère a autorisé M. John Walker à accompagner le Sous-comité lors de ses missions d'enquête, contribution inestimable puisqu'elle a permis de régler immédiatement des situations présentes dans certaines installations et a instauré une nouvelle voie de communication et de compréhension entre le Sous-comité et le Ministère.

Avec le dépôt du rapport et l'avènement d'une nouvelle législature, le Sous-comité arrive à la conclusion d'un long parcours. Le Ministère a marqué de grands progrès dans ses politiques et dans ses normes, mais il a encore du travail à faire. Il faut applaudir le leadership de personnes comme le sous-ministre David Nicholson. Le Sous-comité espère que le rythme des améliorations dans les soins et les services offerts aux anciens combattants augmentera encore pour que toutes ces personnes méritantes puissent en profiter avant qu'il ne soit trop tard.

Le progrès s'est imposé comme thème, non seulement pour ce qui est du travail du Sous-comité ces trois dernières années mais aussi dans le cadre même de la présente étude. Les sénateurs ont été impressionnés par l'immense amélioration des installations et des soins à l'hôpital Sunnybrook depuis leur première visite, il y a plus d'un an.

S'il est un message que le Sous-comité désire transmettre au lecteur, au gouvernement et aux intervenants dans le soin des anciens combattants, c'est que nous pouvons fournir un meilleur service en élaborant une norme nationale de soins et en la respectant. Après tout, les hommes et les femmes que nous servons sont eux-mêmes allés sans hésiter servir en terre étrangère pendant de nombreuses années.

Je m'en voudrais de ne pas mentionner les nombreuses personnes qui ont aidé le Sous-comité dans la production de ce rapport. Je désire en particulier remercier le vice-président, le sénateur Johnstone, qui a avec moi passé en revue 70 p. 100 des lits d'anciens combattants au pays. Par ailleurs, Grant Purves de la Bibliothèque du Parlement, notre greffière Barbara Reynolds et notre adjointe administrative Françoise Crepin ont réalisé un travail exceptionnel.

Merci également à Lloyd Lawless, de mon bureau du Sénat, et à Gerry Birt, du bureau du vice-président. Parce qu'ils sont trop nombreux, j'adresse des remerciements collectifs à tous les témoins, anciens combattants et professionnels de la santé qui se sont exprimés en toute honnêteté.

Comme il s'agit de mon dernier rapport en tant que président du Sous-comité, l'âge de la retraite approchant à grands pas, je veux exprimer ma gratitude à tous ceux qui, au fil des ans, nous ont aidés.

Le Sous-comité et le Sénat laissent aux anciens combattants un important héritage de rapports. J'espère seulement que le travail se poursuivra au Sénat et que d'autres s'en serviront pour améliorer encore davantage la qualité de vie de chacun de nos anciens combattants.

Orville H. Phillips
Président

PROPOS DU VICE-PRÉSIDENT

Après plus de cinquante ans, j'ai le privilège d'être de nouveau associé à l'Honorable Orville Phillips. Durant les années quarante, le sénateur Phillips et moi-même étudions au Collège Prince of Wales, à l'Île-du-Prince-Édouard, d'où nous sommes originaires. Pendant deux années de collège, y compris un camp d'été, nous avons fait partie des Cadets de l'Air dans le même escadron. Par la suite, nous avons partagé nos expériences de la Seconde Guerre mondiale : nous servions comme membres d'équipage dans le *Bomber Command* sur le théâtre des opérations en Europe. Je suis heureux que nos routes se croisent à nouveau, cette fois au service des anciens combattants du Canada.

Parmi ceux qui ont rendu ce rapport possible, mentionnons M. Fred Mifflin, ministre des Anciens combattants, ses sous-ministres et ses fonctionnaires, qui ont pleinement collaboré avec notre Sous-comité, y consacrant souvent un temps et des efforts considérables. Nous les remercions très sincèrement.

Si nous réagissons par des suggestions aux problèmes et aux lacunes que nous avons relevés dans les quartiers et les services destinés aux anciens combattants, cela ne veut absolument pas dire que nous ayons remarqué un manque d'empathie ou de professionnalisme chez les soignants qui s'occupent d'eux. Il faut être une personne bien spéciale pour prendre soin d'un ancien combattant. Au contraire, nous sommes impressionnés par ceux qui sont chargés de la tâche souvent difficile et exigeante de prendre soin des infirmes et des vieillards qui habitent les nombreux foyers que nous avons visités dans tout le pays.

Les anciens combattants constituent un groupe à part. Ils n'ont pas craint de tout sacrifier, y compris leur vie. Ce sont des gens fiers qui ne se plaignent pas pour rien et qui ont peur de déranger. Ils ont mérité le droit à des soins convenables, dans un milieu qui leur offre une qualité de vie acceptable.

Il ne faut pas oublier que la qualité de vie que connaissent les anciens combattants, même âgés et parfois infirmes, est bien meilleure quand leurs droits sont reconnus et respectés. Parmi ceux-ci, le droit à la dignité et le droit d'être consultés sont primordiaux.

Les anciens combattants vieillissent, leurs rangs s'éclaircissent, mais ceux-là qui demeurent voient leurs besoins croître, au lieu de diminuer. Ce n'est sûrement pas trop attendre de nous, Canadiens, que nous fassions tout en notre pouvoir pour rendre les années qui leur restent aussi confortables et agréables que possible. J'ai l'espoir que ce rapport fera une contribution précieuse dans ce sens.

Archibald H. Johnstone, C.D.
Vice-président

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
RECOMMANDATIONS	1
INTRODUCTION.....	9
Mandat du Sous-comité.....	9
Note sur la marine marchande	9
Plan du rapport final	10
PREMIÈRE PARTIE - VISITE AUX CENTRES DE SOINS DE SANTÉ POUR ANCIENS COMBATTANTS.....	11
The Lodge at Broadmead, Victoria (Colombie-Britannique)	11
George Derby Centre, Burnaby (Colombie-Britannique).....	14
Le Brock Farhni Pavilion, Vancouver (Colombie-Britannique).....	16
Colonel Belcher Veterans' Care Centre, Calgary (Alberta).....	18
Deer Lodge, Winnipeg (Manitoba).....	20
Parkwood Hospital, London (Ontario).....	23
Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre, Toronto (Ontario)	26
Centre de santé Perley-Rideau pour anciens combattants, Ottawa (Ontario)	29
Hôpital Sainte-Anne, Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec)	32
DEUXIÈME PARTIE - QUESTIONS GÉNÉRALES.....	35
1. Questions de leadership et de gouvernement	35
A. Normes de soins	36
B. Normes de soins en établissement	37
a) Personnel	37
b) Nourriture	39
c) Sécurité des anciens combattants	41
d) Mise en oeuvre d'une norme de soins en établissement	42
C. Normes de soins pour l'ancien combattant autonome	43
a) Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC)	43
b) Solutions originales au logement	45
2. Un réseau de 4082 lits et de 76 établissements	47
3. Questions administratives	50
a) Consultations	50
b) Financement de la formation	50
c) Facturation adressée au Système de comptabilisation des traitements (SCT)	51
d) Reconnaissance des bénévoles	52

TROISIÈME PARTIE - PENSIONS ET AUTRES QUESTIONS	53
1. Pensions.....	53
2. Autres questions	58
A. Allocation aux anciens combattants — Quasi-bénéficiaires	58
B. Anciens combattants ayant participé à des missions de maintien de la paix	59
3. Conclusion.....	59
ANNEXE 1 Témoins et particuliers rencontrés au cours de l'étude	1
ANNEXE 2 Recommandations du premier rapport	9
ANNEXE 3 Message du ministère des Anciens Combattants	11

RECOMMANDATIONS

1. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants et les autres ministères et organismes signalent, lorsqu'il s'agit d'anciens combattant, que les anciens combattants de la marine marchande sont maintenant inclus dans la définition et les chiffres présentés.
2. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants collabore avec la direction du Lodge at Broadmead et les associations locales d'anciens combattants à la construction et à l'aménagement d'un abri extérieur permettant aux anciens combattants de fumer sans être exposés aux éléments.
3. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants intervienne auprès de la province et de la Commission régionale de la santé pour s'opposer à toute nouvelle augmentation de la charge de travail du personnel du foyer, sans augmentation correspondante de l'effectif.
4. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants s'oppose fermement à toute tentative d'intégrer le Lodge at Broadmead à la Commission régionale de la santé.
5. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants exhorte la Colombie-Britannique et la Commission régionale de la santé à appuyer l'expansion du Lodge at Broadmead et que le Ministère donne à contrat autant de lits prioritaires pour anciens combattants que possible.
6. Le Sous-comité appuie sans réserve la création d'un Centre de soins pour anciens combattants et d'un programme externe au Lodge at Broadmead, et exhorte le ministère des Anciens combattants à le financer et à en faire un modèle pour les autres régions.
7. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants propose de contribuer à la création et au financement de la formation continue du personnel du George Derby Centre en soins de longue durée destinés aux personnes âgées.
8. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants continue d'aider le conseil d'administration du George Derby Centre à devenir un établissement polyvalent.

9. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants s'assure que le Ministère, les groupes d'anciens combattants et la direction conjuguent leurs efforts pour rafraîchir le pavillon Brock Farhni et renouveler une partie du mobilier. En particulier, il devrait étudier la possibilité de transformer le deuxième étage en une aire attrayante et d'aménager une salle de loisir et de réunion assez grande pour asseoir au moins 200 personnes.
10. Le Sous-comité recommande que le système d'extinction au pavillon Brock Farhni soit étendu aux deux étages supérieurs si cela n'a déjà été fait.
11. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants évalue les effectifs de nuit préposés aux anciens combattants au pavillon Brock Farhni et qu'il les augmente si nécessaire.
12. Le Sous-comité recommande que le ministre des Anciens combattants rencontre les ministres et fonctionnaires concernés de l'Alberta dès que possible afin de les convaincre de décider immédiatement de financer la construction d'un nouvel immeuble pour loger le Colonel Belcher Veterans' Care Centre.
13. Le Sous comité recommande que le ministère des Anciens combattants aide à concevoir et à mettre en oeuvre un programme de formation approprié pour le personnel du Colonel Belcher Veterans' Care Centre et qu'il fournisse des fonds additionnels pour acheter des lits électriques et obtenir une aide accrue d'un travailleur social.
14. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants contribue à défrayer les coûts de rénovation des salles de bains dans l'aile des anciens combattants de Deer Lodge.
15. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants prenne des mesures immédiates pour améliorer la qualité de l'air à Deer Lodge et exige que toute solution retenue ne compromette pas la sécurité des anciens combattants en cas d'urgence.
16. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants intervienne directement auprès de la province du Manitoba et du traiteur pour que ce dernier améliore la qualité des repas servis aux anciens combattants à Deer Lodge.
17. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants aide la direction de Deer Lodge à former son personnel dans les techniques de manipulation des repas réchauffés.
18. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants et ses représentants sur place continuent d'aider la direction de Deer Lodge à trouver et à mettre en pratique des solutions à court terme pour améliorer la qualité des repas.

19. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants aide l'hôpital Parkwood à rendre la section des cas de démence plus accueillante et plus fonctionnelle.
20. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants encourage fortement l'hôpital Parkwood à passer d'un service de repas servis sur des plateaux à un service de table dans l'aile Western Counties, et à envisager d'en faire autant à l'hôpital même.
21. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants collabore avec la direction et le personnel de l'hôpital Parkwood pour qu'on offre plus de soutien à l'heure des repas et qu'on stabilise davantage l'effectif des préposés aux anciens combattants.
22. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants incite l'hôpital Parkwood à expérimenter un projet visant à loger les visiteurs de l'extérieur chez des conjoints de la région qui sont prêts à les accueillir.
23. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants veille à ce que le Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre puisse réaliser sans délai l'établissement de l'unité de soins pour troubles de comportement et la modernisation de l'aide Kilgour.
24. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants trouve des moyens de fournir aux anciens combattants de l'aile Kilgour, au Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre, les services d'un personnel supplémentaire à l'heure du souper.
25. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants rencontre régulièrement le conseil et la direction du Centre de santé Perley-Rideau afin de revoir les plans établis par ce dernier pour faire face à la crise découlant des compressions financières. Il recommande en outre que le Ministère offre de faire tout en son pouvoir pour atténuer l'incidence des compressions.
26. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants veille à ce que l'argent qu'il épargne et épargnera en raison de la réduction des contributions quotidiennes aux coûts de fonctionnement du Centre Perley-Rideau soit remis au Centre de façon à avantager directement les anciens combattants.
27. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants s'assure que le conseil et la direction du Centre de santé Perley-Rideau connaisse et respecte la responsabilité du Ministère pour ce qui est de garantir aux anciens combattants un niveau approprié de soins, quelles que soient les normes provinciales.

28. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants propose de financer et d'appuyer la recherche de l'hôpital Camp Hill pour des soins ambulatoires améliorés et qu'il offre des fonds de recherche et développement pour la mise au point de « protège-hanche » et autres appareils novateurs.
29. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants et la direction de l'hôpital Camp Hill revoient les plans d'évacuation de l'hôpital.
30. Le Sous-comité recommande que le Ministère reporte indéfiniment le transfert de la responsabilité de l'hôpital Sainte-Anne à la province de Québec, qu'il modifie la loi pour permettre aux conjoints d'anciens combattants handicapés d'occuper les lits réservés aux anciens combattants et que l'hôpital Sainte-Anne soit graduellement modernisé à cette fin.
31. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants adopte, comme principe directeur de la politique ministérielle et des décisions en matière de dépense pour les anciens combattants, celui de la « qualité de vie » et que ce principe sous-tende les normes de soins relatifs aux anciens combattants vivant dans des établissements ou à la maison.
32. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants :
- rende disponible une série de vidéos de formation illustrant le travail et les sacrifices des anciens combattants;
 - prépare des vidéos de formation décrivant les qualités et les problèmes médicaux qui distinguent les anciens combattants de la population en général et résument leurs divers traitements et services spéciaux;
 - veille à ce que les normes de soins signalent de la nécessité d'intégrer ce matériel à la formation du nouveau personnel.
33. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants revoie les niveaux de dotation des hôpitaux et résidences à contrat et, dans les normes de soins en établissement d'Anciens Combattants Canada, fixe des niveaux acceptables de dotation qui sont supérieurs aux niveaux de sécurité minimale et offrent aux anciens combattants la marge de confort nécessaire au maintien d'une qualité de vie élevée.
34. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants revoie les niveaux de dotation des sections réservées aux anciens combattants dans les hôpitaux pour maladies chroniques et veille à ce que les normes de soins en établissement y exigent des effectifs supplémentaires.

35. Le Sous-comité recommande que les normes de soins en établissement d'Anciens Combattants Canada prévoient que, dans les cas de mises à pied, seuls les employés les plus récents des sections réservées aux anciens combattants sont susceptibles d'être évincés et que, dans les sections des patients atteints de démence, aucun employé ayant six mois d'expérience ou plus ne peut être évincé sauf par une personne considérée comme possédant un niveau égal de formation ou d'expérience.
36. Le Sous-comité recommande que les normes de soins en établissement d'Anciens Combattants Canada précisent que le Ministère, une organisation d'anciens combattants ou une association de bienfaisance ont le droit d'embaucher du personnel à temps partiel pour fournir aux anciens combattants des soins supplémentaires, aux conditions établies par le Ministère ou l'organisation.
37. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants encourage la préparation des repas sur place.
38. Le Sous-comité recommande que les normes de soins en établissement d'Anciens Combattants Canada fixe un degré minimum concernant la satisfaction des anciens combattants à l'égard des repas et que les installations qui atteignent ou dépassent ce degré reçoivent une prime égale à 10 p. 100 de leurs dépenses en aliments par résident.
39. Le Sous-comité recommande que, dans la mesure du possible, le ministère des Anciens combattants équipe les sections de grille-pain commerciaux.
40. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants étudie les mesures prises par l'hôpital Sunnybrook pour améliorer la qualité des repas et transmette ses constatations à tous les établissements pratiquant le réchauffement des aliments.
41. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants encourage les établissements à former des « clubs culinaires » pour les anciens combattants intéressés à la préparation des aliments, et à suggérer aux familles et aux bénévoles de réserver les cuisinettes disponibles afin de préparer des repas spéciaux ou des gâteries pour les anciens combattants. Le Ministère devrait faire une contribution raisonnable pour ce qui est de l'équipement des cuisines et payer le coût des aliments utilisés par ces clubs.
42. Le Sous-comité recommande que les normes de soins en résidence d'Anciens Combattants Canada prévoient que les installations à étages soient munies d'un plan et de l'équipement nécessaire pour réaliser, avec le personnel disponible, l'évacuation verticale des lieux.

43. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants évalue l'équipement de sécurité susceptible d'aider un personnel restreint à réaliser une évacuation verticale.
44. Le Sous-comité recommande que les normes de soins en établissement d'Anciens Combattants Canada exigent que les anciens combattants aient une carte-fiche portant, en code, les données médicales essentielles, pour toute évacuation d'urgence.
45. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants fasse de l'accréditation accordée par l'organisme national pertinent une condition du placement des anciens combattants dans un hôpital ou un établissement de soins prolongés.
46. Le Sous-comité recommande la rédaction d'une « Charte de l'ancien combattant » énonçant les autres normes que l'hôpital ou l'établissement de soins prolongés doit respecter. Il recommande en outre que les conditions de cette charte figurent dans l'entente entre le Ministère et l'établissement de santé.
47. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants négocie avec chaque province une entente accordant aux hôpitaux et établissement de soins prolongés qui accueillent plus de cinquante anciens combattants une certaine autonomie par rapport aux pouvoirs sanitaires régionaux.
48. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants offre des prêts pour la construction, l'expansion ou la modernisation des installations accueillant des anciens combattants, en répondant en priorité aux besoins les plus urgents.
49. Le Sous-comité recommande que l'amélioration de la qualité de vie de l'ancien combattant et de son conjoint devienne le principe directeur du Programme pour l'autonomie des anciens combattants, au lieu d'être secondaire par rapport aux avantages financiers de la diminution du besoin de placement en établissement.
50. Le Sous-comité recommande que le gouvernement du Canada prenne des mesures pour étendre certains avantages du Programme pour l'autonomie des anciens combattants aux anciens combattants d'outre-mer admissibles à un lit prioritaire et dont l'autonomie est menacée.
51. Le Sous-comité recommande que le Programme pour l'autonomie des anciens combattants rembourse les frais du stationnement du conjoint ou du membre de la famille qui rendent régulièrement visite à un ancien combattant pensionnaire d'un établissement de soins.

52. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants utilise le Programme pour l'autonomie des anciens combattants pour rembourser les frais de déplacement des conjoints de l'extérieur qui visitent un ancien combattant en établissement et, quand cela est nécessaire et souhaitable, rembourser les frais de séjour.
53. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants entreprenne, à titre de projet du millénaire la construction d'au moins deux « îlots » expérimentaux d'habitations destinées aux anciens combattants âgés et à leur conjoint dans les régions du pays où les listes d'attentes sont longues et devraient encore s'allonger.
54. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants rémunère les médecins de famille pour les consultations qu'ils offrent au personnel médical ou infirmier qui soigne les anciens combattants dans un hôpital ou un centre de soins de longue durée, ou aux proches d'un ancien combattant à qui il revient de décider du traitement de ce dernier.
55. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants offre aux centres de soins de longue durée une aide financière pour améliorer la formation du personnel infirmier préposé aux anciens combattants. Cette aide devrait tenir compte du coût de remplacement du personnel en formation;
56. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants établisse un répertoire des cours et du matériel de formation recommandés sur la prestation des soins aux personnes âgées et très âgées, et sur des sujets connexes; et
57. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants, en consultation avec le personnel professionnel de l'hôpital Sainte-Anne, produise si nécessaire des vidéos et des documents de formation.
58. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants revoie le Système de comptabilisation des traitements (SCT) afin d'en simplifier la facturation par les établissements et qu'il renseigne régulièrement ces derniers sur les avantages facturables.
59. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants et le Tribunal des anciens combattants [révision et appel] forment un comité pour se pencher sur l'existence possible d'une discrimination systémique dans le processus de décisions relatives aux pensions et invitent des représentants des organisations d'anciens combattants à participer à l'étude en question.
60. Le Sous-comité recommande qu'une fois qu'on a reconnu l'existence d'un lien entre une affection et le service militaire, toute détérioration ou aggravation ultérieure soit attribuée aux conditions du service et non à l'âge.

61. Le Sous-comité recommande que la décision finale concernant l'évaluation du degré d'incapacité d'un ancien combattant ou encore d'un membre ou d'un ex-membre des Forces canadiennes soit prise par le médecin de district qui a examiné et interrogé le demandeur, en consultation avec le médecin de famille ou un spécialiste.
62. Le Sous-comité fera un suivi des mesures prises par Anciens Combattants Canada pour donner suite à sa promesse d'élaborer un manuel normalisé d'information et de procédure à l'intention du personnel en région ainsi qu'un module de formation à l'intention des agents de pensions.
63. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants autorise le Bureau de services juridiques des pensions à engager suffisamment de personnel pour que les avocats aient le temps de bien étoffer leurs dossiers et de bien les approfondir avant de les présenter devant un comité de révision ou d'appel.
64. Le Sous-comité recommande que les organisations d'anciens combattants soient représentées au sein de tous les comités de révision et d'appel par un membre de leur choix n'ayant pas le droit de vote.
65. Le Sous-comité recommande que les bénéficiaires de l'allocation aux anciens combattants puissent déduire de leur revenu aux fins de la détermination de leur admissibilité à cette prestation, le coût des médicaments d'ordonnance et autres, de l'équipement médical et des fournitures médicales recommandés par un médecin pour traiter une affection médicale particulière.
66. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants paie une organisation non gouvernementale pour créer et offrir un service de consultation gratuit à l'intention des anciens combattants ayant participé à des missions de maintien de la paix et en en fasse connaître l'existence.
67. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants crée un service de consultation gratuit afin d'offrir aux anciens combattants à la maison et à leurs soignants des conseils et un soutien psychologique et social.
68. Le Sous-comité recommande que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie fasse un suivi du présent rapport en constituant un groupe de travail chargé d'effectuer de nouvelles visites dans les établissements pour faire le point sur la mise en oeuvre des présentes recommandations, évaluer les soins de santé offerts aux anciens combattants dans les petites collectivités et en faire rapport. Le Sous-comité recommande que le directeur des soins en établissement d'Anciens Combattants Canada soit invité à accompagner le groupe de travail à l'occasion de ces visites et que le groupe de travail présente son rapport d'ici un an.

Mandat du Sous-comité

Le Sous-comité des affaires des anciens combattants a reçu le 25 novembre 1997 le mandat d'étudier l'état des soins de santé prodigués aux anciens combattants et aux militaires canadiens après leur congé du service. Durant la semaine du 15 décembre 1997, le Sous-comité a entendu la Légion royale canadienne et le Conseil national des associations d'anciens combattants afin de profiter de leur expérience avant de visiter l'hôpital Sunnybrook à Toronto, l'hôpital Sainte-Anne à Sainte-Anne-de-Bellevue et le ministère des Anciens combattants à Charlottetown. Les exigences des autres travaux ont détourné l'attention du Sous-comité et l'ont contraint à mettre cette étude en veilleuse. Ainsi, en mars 1998, il déposait son premier rapport, *Soins de longue durée, normes de soins et relations fédérales-provinciales*, après n'avoir réussi à visiter que les deux plus gros hôpitaux. Depuis, il a visité bien d'autres établissements de soins du pays.

Le Sous-comité a visité le Centre de santé Perley-Rideau pour anciens combattants, à Ottawa au début de juin, avant le congé d'été. En novembre, il a conclu à la quasi-impossibilité d'organiser une tournée des centres de soins de l'Ouest et des Maritimes pour tous ses membres. Cette responsabilité incombera à deux personnes, le sénateur Orville Phillips, président du Sous-comité, et le sénateur Archibald Johnstone, vice-président du Sous-comité : de novembre à janvier, ils ont visité les anciens combattants logés dans 9 résidences en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba, en Ontario et en Nouvelle-Écosse. La visite prévue à un centre de Terre-Neuve a été annulée à cause d'une épidémie de grippe à cet endroit.

Note sur la marine marchande

Les données relatives aux anciens combattants de la marine marchande ont été intégrées à celles touchant les autres anciens combattants. Cependant, cet ajout n'est pas toujours indiqué dans les définitions d'*ancien combattant* ou d'*ancien combattant d'outre-mer* ni noté en bas de page dans les tableaux sur les effectifs. Comme les anciens combattants de la marine marchande étaient exclus de la définition jusqu'à récemment, il convient d'attirer l'attention sur le changement.

1. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants et les autres ministères et organismes signalent, lorsqu'il s'agit d'anciens combattant, que les anciens combattants de la marine marchande sont maintenant inclus dans la définition et les chiffres présentés.

Le groupe de travail a eu le plaisir de rencontrer des anciens combattants de la marine marchande dans des foyers qu'il a visités.

Plan du rapport final

La visite des hôpitaux et des foyers, et les rencontres officielles et officieuses avec les anciens combattants, la direction et le personnel constituent l'aspect le plus important de notre étude des soins de santé dispensés aux anciens combattants occupant des lits prioritaires. Ces visites ont débouché sur des recommandations visant des établissements de soins particuliers. La première partie du rapport final est un bref compte-rendu de la visite de chaque institution; le groupe de travail y formule des observations et des recommandations particulières, le cas échéant. Comme l'hôpital Sunnybrook a été revisité, une observation est faite à cet égard, ainsi qu'un suivi des recommandations du premier rapport. On a révisé les observations visant l'hôpital Sainte-Anne, même si nous n'y sommes pas retournés. Les visites des centres de soins du pays nous ont confirmés dans notre opinion : Sainte-Anne a un rôle important à jouer comme centre d'excellence, maintenant et dans l'avenir. Nous insistons sur cette idée dans le rapport final.

La deuxième partie du rapport final traite des grandes questions soulevées lors des visites aux institutions, des contacts avec les organismes d'anciens combattants et des deux rencontres organisées avec les fonctionnaires du Ministère à Charlottetown : développement des communications entre les foyers pour la gestion et le personnel, normes de soins, autonomie à la maison ou dans des maisons neuves adaptées, dotation et formation du personnel, etc.

La dernière partie du rapport concerne l'attribution des pensions par le Ministère et le tribunal des anciens combattant et aux autres questions apparues durant l'exécution de notre mandat.

PREMIÈRE PARTIE

VISITE AUX CENTRES DE SOINS DE SANTÉ POUR ANCIENS COMBATTANTS

Le groupe de travail du Sous-comité sénatorial des affaires des anciens combattants a visité 10 des 15 hôpitaux et foyers qui accueillent plus de cinquante anciens combattants. Globalement, ces établissements comptent près de 70 p. 100 des 4082 lits ministériels, prioritaires ou contractuels au pays, soit 2826 lits. Ils partagent un élément très important : ce sont des hauts lieux de la culture des anciens combattants, même si une part non négligeable des lits qui s'y trouvent peut être affectée à la population en général.

Cette culture se nourrit aux souvenirs du service de guerre et des traumatismes du front, vécus personnellement ou indirectement, par la mémoire de camarades depuis longtemps décédés. C'est évidemment une culture essentiellement masculine, même si des femmes en font partie et que leur contribution est reconnue; ce milieu masculin est caractérisé par une fréquence d'agressivité et d'antécédents d'alcoolisme plus élevés que dans la population âgée en général. Les hôpitaux et les foyers que nous avons visités valorisent et désirent maintenir cette culture des anciens combattants, mais chacun d'eux doit composer avec un pouvoir sanitaire régional particulier, même dans une même province, ainsi qu'avec le Ministère. Ils semblent avoir peu de contacts les uns avec les autres, et connaissent guère les activités et les programmes des autres centres. Par conséquent, il faut les considérer individuellement.

Les membres du groupe de travail ont été vivement impressionnés par les forces et les faiblesses de chaque hôpital et de chaque foyer. Cependant, chacun, sans exception, dispense aux anciens combattants des soins de qualité supérieure et leur offre des possibilités supérieures de loisirs. Le résumé qui suit inclut les recommandations qui s'appliquent aux centres particuliers.

The Lodge at Broadmead, Victoria (Colombie-Britannique)

The Lodge at Broadmead est un foyer neuf, polyvalent, qui dispose de 115 lits prioritaires pour anciens combattants et de 110 lits pour les autres malades. Les chambres sont réparties dans 6 bâtiments comptant chacun entre 30 et 45 occupants. Les trois bâtiments de Niveau A offrent des soins de niveau intermédiaire et sont destinés avant tout aux occupants qui ne souffrent pas de déficience cognitive et qui réclament un niveau moyen d'aide dans les activités de la vie courante. Les trois bâtiments de Niveau B offrent des soins étendus et prolongés à ceux qui souffrent de déficience cognitive moyenne ou grave et qui réclament une aide assez lourde. Les chambres sont presque toutes individuelles, mais 12 chambres peuvent accommoder les couples. Les anciens combattants disposent soit d'un lit électrique autocommandé ou, s'ils souffrent de déficience cognitive, d'un lit hydraulique ajusté par un

employé. Le foyer dispose de cuisines et prépare la nourriture en grande quantité pour plusieurs salles à manger. Les occupants semblent heureux de la qualité des repas.

Le foyer est bien équipé pour répondre à la gamme étendue des besoins des occupants, qu'ils s'agisse des anciens combattants autonomes qui vont et viennent comme il leur plaît, ou des victimes de la maladie d'Alzheimer qui doivent vivre dans un environnement protégé. La souplesse est rendue possible par la différenciation des six bâtiments qui offrent des soins, des programmes et des services légèrement différents. Les trois bâtiments de Niveau A sont regroupés sur l'axe principal près de l'entrée; ils donnent accès à des serres extérieures et à un jardin thérapeutique : les occupants sont regroupés selon leurs intérêts et leur niveau d'autonomie. Le Niveau B, quant à lui, permet à ceux qui sont infirmes mais alertes mentalement de vivre dans des appartements aux portes non verrouillées et disposant d'un coin pour manger et d'une salle de bain indépendante. Ceux qui souffrent de déficience cognitive ou de troubles de comportement graves sont gardés dans un bâtiment sécuritaire, d'où ils ont accès à deux jardins thérapeutiques. Bien des occupants du troisième bâtiment réclament des soins palliatifs et une aide assidue dans les tâches de la vie courante : passer du lit au fauteuil roulant, à la salle de toilette, manger, etc.

Le foyer est équipé de détecteurs de fumée, de gicleurs automatiques et de portes coupe-feu isolant des zones de l'immeuble en cas d'incendie. Il dispose d'un plan complet de sécurité-incendie et d'un plan d'urgence qui sont tenus à jour en collaboration avec les autorités locales. Le plan de sécurité-incendie prévoit l'évacuation horizontale des occupants sur les chaises à roulettes de la salle à manger, ou en les tirant sur une douillette. Le foyer est bâti sur une pente qui donne accès des deux étages à l'extérieur, mais la direction envisage d'acheter des chaises d'évacuation pour les cages d'escalier. La formation en sécurité et en sécurité-incendie fait partie de l'orientation générale donnée aux nouveaux employés; ils reçoivent régulièrement des rappels et des mises à jour.

Le problème de sécurité potentiel qui n'est pas réglé concerne la présence d'un endroit abrité à l'extérieur où les pensionnaires et le personnel peuvent aller fumer. L'endroit où on pouvait fumer à l'intérieur a été fermé par décision administrative et politique. En conséquence, des anciens combattants de plus de 80 ans sont forcés d'aller dehors par tous les temps pour fumer. Cette situation est intolérable et pourrait causer des incendies par le fait de cigarettes fumées en cachette.

- 2. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants collabore avec la direction du Lodge at Broadmead et les associations locales d'anciens combattants à la construction et à l'aménagement d'un abri extérieur permettant aux anciens combattants de fumer sans être exposés aux éléments.**

Le groupe de travail a profité d'une longue rencontre avec la direction et le personnel. Les problèmes les plus pressants de la direction découlent des coupures de fonds et du délestage de nouvelles responsabilités. Le foyer subit des contraintes financières sérieuses depuis quelques années. À ce jour, la direction a réussi à s'adapter aux coupures en réduisant les frais généraux et le budget des services, plutôt qu'en réduisant directement les soins aux pensionnaires,

démarche qu'on peut qualifier de « mort lente par coupures multiples » : un peu moins d'argent ici, un peu moins là, et là, et là... Le budget non salarial n'a pas été augmenté depuis 4 ans au moins, et il n'y a pas de budget d'urgence ou d'indemnisation pour des événements comme une panne récente de courant, qui a coûté au foyer 10 000 \$ en dommages et fournitures d'urgence, somme couverte en jonglant avec les comptes.

Même s'il n'y a pas eu de réduction d'effectif chez le personnel, les soins ont souffert parce que le personnel doit faire une bonne partie du travail qui était assumé auparavant par les hôpitaux de soins aigus. On compte maintenant sur le personnel pour la plupart des soins postopératoires et de convalescence après une chirurgie, parce que l'hôpital donne congé aux malades après 2 jours au lieu de 6 à 10 jours. Les soins palliatifs absorbent plus de temps (généralement 2 ou 3 semaines) et mobilisent le personnel infirmier non seulement pour le malade, mais aussi pour le counselling et le réconfort des proches. Le niveau de dotation ne tient pas compte de ces tâches additionnelles ni du fait que si la famille soutient l'ancien combattant, il lui faut en retour le soutien du foyer. Un employé consacre parfois presque la moitié de son temps aux membres de la famille. Enfin, il n'est pas facile de faire participer les médecins des anciens combattants, qui ne sont pas payés pour les consultations avec le personnel du foyer et le counselling des proches.

Le niveau de dotation est considéré comme *minimalement acceptable* pour ce qui est de la sécurité, mais *insuffisant* pour les soins de réadaptation et de maintien requis par les nombreux malades. Par conséquent, tout ce qui sort de l'ordinaire risque de provoquer une crise et de priver les occupants de la qualité de soins qu'ils devraient avoir et, dans le cas des anciens combattants, qu'ils sont en droit d'attendre.

3. **Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants intervienne auprès de la province et de la Commission régionale de la santé pour s'opposer à toute nouvelle augmentation de la charge de travail du personnel du foyer, sans augmentation correspondante de l'effectif.**

La Commission régionale de la santé désire absorber le Lodge at Broadmead et lui faire abandonner son service distinct de restauration et de buanderie. La direction ne tient pas à aller au-delà d'une affiliation ou d'une association avec la Commission. Avec son maigre budget de 12 millions, le foyer aurait très peu d'influence à l'intérieur d'un organisme doté d'un budget de plus de 500 millions. Il ne lui serait pas non plus possible de maintenir et de développer la culture des anciens combattants qui distingue Broadmead, le plus grand foyer pour anciens combattants de l'île de Vancouver.

4. **Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants s'oppose fermement à toute tentative d'intégrer le Lodge at Broadmead à la Commission régionale de la santé.**

La direction convient de l'utilité de normes nationales de soins aux anciens combattants pour garantir une certaine uniformité, et attirer l'attention sur leurs besoins et leurs droits spéciaux.

De leur point de vue, cela pourrait présenter l'avantage supplémentaire d'établir un degré d'indépendance face aux caprices des politiques des organismes sanitaires régionaux.

Comme la négociation et l'établissement d'une norme nationale est une tâche difficile qui prend beaucoup de temps, le Ministère devrait envisager de collaborer avec le Conseil canadien d'agrément des services de santé à l'élaboration d'une mesure normalisée de la satisfaction des clients et à une norme de soins acceptables pour les anciens combattants. Cette norme devrait insister sur l'éducation du personnel à la contribution des anciens combattants et aux besoins de ces derniers et des aînés en général, et prévoir de l'éducation permanente. La norme pourrait faire partie de la procédure d'accréditation et du contrat liant le Ministère aux institutions particulières.

On devrait favoriser l'expansion du Lodge at Broadmead. Il s'agit d'un établissement moderne polyvalent comptant 114 anciens combattants sur la liste d'attente de 115 lits prioritaires. Cela représente un temps d'attente de 14 mois. Ce foyer un l'un des rares qui peut accueillir l'ancien combattant et son conjoint. Comme la liste d'attente pour les lits destinés au grand public est encore plus longue (4 ans environ), la province et la région devraient être intéressés également à fournir plus de lits.

- 5. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants exhorte la Colombie-Britannique et la Commission régionale de la santé à appuyer l'expansion du Lodge at Broadmead et que le Ministère donne à contrat autant de lits prioritaires pour anciens combattants que possible.**

Le ministère des Affaires des anciens combattants et la direction du foyer collaborent à la mise sur pied d'un Centre de soins pour anciens combattants offrant à ces derniers et à leur conjoint un programme d'évaluation et de traitement gériatrique. Ces services seront complétés par un programme social et récréatif procurant répit, appui, éducation et counselling au proche donnant des soins. L'ouverture de ce Centre, au foyer, allégera donc quelque peu la pression sur les anciens combattants en attente d'un lit au foyer, et sur leur famille.

- 6. Le Sous-comité appuie sans réserve la création d'un Centre de soins pour anciens combattants et d'un programme externe au Lodge at Broadmead, et exhorte le ministère des Anciens combattants à le financer et à en faire un modèle pour les autres régions.**

George Derby Centre, Burnaby (Colombie-Britannique)

À l'origine, le centre faisait partie du complexe hospitalier Shaughnessy qui aidait les anciens combattants à réintégrer une vie normale après des soins aigus, grâce à l'ergothérapie, la physiothérapie la formation professionnelle et la réadaptation. Ce complexe a été transféré à la province en 1974 et, en 1988, un nouveau Centre George Derby a été ouvert, offrant des soins de niveau intermédiaire et 300 lits prioritaires aux anciens combattants.

Le Centre est conçu et administré comme un milieu de vie pour les anciens combattants qui y habitent. Le bâtiment est situé au milieu d'une sorte de parc spacieux, avec des sentiers, des coins retirés et des jardins. La propriété est située sur une pente et les quatre zones ont un accès direct au parc, aux cours, aux patios et à des gazébos. À l'intérieur, l'entrée principale du bâtiment de trois étages constitue une place qui inclut un centre d'activité polyvalent, une boutique-cantine, un fumoir (60 % des pensionnaires sont fumeurs) et la bibliothèque. La banque, le dentiste, le coiffeur, la chapelle et l'atelier sont plus loin sur l'axe principal. Les pensionnaires occupent des chambres privées mais il y a 9 chambres à deux lits pour ceux qui préfèrent cohabiter ou qui attendent une chambre privée.

Au niveau de soins intermédiaire, le Centre offre du logement distinct aux personnes essentiellement autonomes et à celles qui réclament plus d'aide à cause de leur âge ou de leur incapacité, ainsi qu'aux patients psychogériatriques. La direction est convaincue que les personnes donnant des soins aux anciens combattants forment une équipe multidisciplinaire : personnel de soutien, nutritionnistes, cuisiniers, travailleurs sociaux, bénévoles, personnel médical. On fait un effort spécial pour assigner le personnel aux mêmes pensionnaires souffrant de troubles cognitifs, car ceux-ci peuvent être paranoïaques et inquiets face à des étrangers qu'ils ne voient pas régulièrement.

Les pensionnaires prennent leur repas dans de petites salles à manger. À l'origine, on servait des plats réchauffés, mais les anciens combattants se sont insurgés contre l'idée de recevoir un plateau de nourriture trois fois par jour. En 1994, le Centre a commencé à préparer des repas de façon traditionnelle, dans ses cuisines. Il offre des collations durant la journée et le soir et, comme la déshydratation est souvent un problème grave chez les vieillards, les pensionnaires peuvent se servir librement des jus, du café et de l'eau à des postes de rafraîchissement situés un peu partout dans le bâtiment.

Indépendant depuis la fermeture de l'hôpital Shaughnessy, le Centre garde des liens avec son passé de réadaptation et de formation professionnelle : il dispose d'un excellent programme d'ergothérapie. Le grand atelier est particulièrement impressionnant et les pensionnaires parlent avec enthousiasme « d'aller travailler », c'est-à-dire faire du tissage, de la peinture, de la céramique et travailler le bois. On les encourage également à oeuvrer à l'extérieur, au jardin, au potager et dans la serre.

Le groupe de travail a été impressionné par la relation entre le Centre et la Commission régionale de santé. Seulement 20 p. 100 des anciens combattants qui habitent le Centre ont vécu dans la région à l'âge adulte; les autres viennent d'ailleurs dans la province et au Canada. La direction du Centre est déterminée à préserver la culture particulière des anciens combattants et a travaillé fort pour négocier avec la Région une entente d'affiliation qui lui permet d'établir ses priorités. On s'est opposé à l'intégration, parce que cela aurait signifié la perte du conseil d'administration et de l'autonomie de la direction. Le Centre est associé à la Région pour certaines fonctions comme l'achat en gros de fournitures et d'équipement médical, les ordures ménagères, etc.

Le Centre n'a pas connu de coupures de budget. Comme les pensionnaires vieillissants réclament au contraire plus de soins, le budget a été augmenté, et les fonds supplémentaires ont servi à embaucher du personnel infirmier et de soutien. Le Centre reçoit ses fonds de la Région plutôt que de la province, ce qui inquiète pour l'avenir, parce que la Commission régionale n'a pas beaucoup l'expérience des anciens combattants.

L'effectif du Centre n'est pas un problème immédiat, mais il est difficile d'obtenir des fonds pour les activités de formation continue. Les soins prolongés commencent à peine à être reconnus comme spécialité infirmière visant dans son entier le malade et sa famille. On insiste encore trop exclusivement sur les soins aigus.

- 7. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants propose de contribuer à la création et au financement de la formation continue du personnel du George Derby Centre en soins de longue durée destinés aux personnes âgées.**

Le conseil et la direction du Centre veulent l'agrandir pour en faire une institution offrant à la fois un programme de niveau intermédiaire et un programme de soins de longue durée. Cela éviterait aux anciens combattants d'avoir à déménager si leur santé se détériore au point de réclamer des soins étendus. Même si la population résidente fait de ce Centre un établissement provincial voire national, il devra compter sur les fonds des pouvoirs régionaux pour son développement.

- 8. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants continue d'aider le conseil d'administration du George Derby Centre à devenir un établissement polyvalent.**

Le Brock Farhni Pavilion, Vancouver (Colombie-Britannique)

Ouvert en 1983, le pavillon Brock Farhni est administré depuis 1993 par le St. Vincent's Hospital. Il offre en priorité aux anciens combattants 150 lits de soins de longue durée. Presque tous les anciens combattants sont confinés dans un fauteuil roulant et bon nombre souffrent également de certains troubles cognitifs. Quelque 60 p. 100 sont fumeurs. La plupart des résidents vivent dans une chambre pour quatre personnes, mais il y a quelques chambres pour une et deux personnes. Les chambres pour une personne sont très recherchées et attribuées suivant une liste d'attente interne qui est fondée sur les besoins du bénéficiaire et/ou la durée de son séjour.

Malgré ses 15 ans d'existence à peine, le pavillon est, parmi les résidences visitées, celle qui ressemble le plus à une institution et le moins à une résidence. Il s'en dégage une atmosphère de vieille époque victorienne, sombre et opprimante. L'entrée principale donne sur le deuxième étage qui compte un salon pour les anciens combattants, une chapelle, les bureaux de l'administration et des services (y compris un bureau des Anciens combattants) et l'atelier Artworks. Contrairement à ce qu'on trouve dans les autres résidences, ces locaux ne sont toutefois pas aménagés ou décorés à la façon d'une « agora » : une aire naturelle attrayante

pour les anciens combattants. Ces derniers n'ont pas d'endroit assez grand pour se rassembler tous ensemble au même moment, mais ils ont accès à un fumoir intérieur, un solarium doté d'un système de ventilation séparé. Les anciens combattants se plaignent que la température y est mal réglée; le mobilier et le couvre-plancher ont besoin d'être rafraîchis.

Le moment de la visite a été mal choisi parce la Colombie-Britannique faisait face à une grève spontanée de ses infirmières et que la direction de Brock Farhni était préoccupée par une réunion de dernière minute avec la direction des infirmières visant à déclarer le personnel du pavillon essentiel. Par conséquent, la direction n'a pu organiser une visite pour nous informer sur les programmes et les conditions en place au pavillon, et n'a pu nous accorder beaucoup de temps pour répondre à nos questions. Elle a pu nous préciser que sa grande priorité était de rendre le pavillon plus accueillant en procédant à des travaux de peinture et de décoration, et en renouvelant le mobilier. Des fonds relativement modestes suffiraient également à transformer un local voisin non aménagé en une salle de loisir et de réunion assez grande pour accueillir tous les résidents lors d'occasions spéciales. Le Sous-comité appuie sans réserve le besoin de conférer au pavillon une atmosphère plus accueillante.

- 9. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants s'assure que le Ministère, les groupes d'anciens combattants et la direction conjuguent leurs efforts pour rafraîchir le pavillon Brock Farhni et renouveler une partie du mobilier. En particulier, il devrait étudier la possibilité de transformer le deuxième étage en une aire attrayante et d'aménager une salle de loisir et de réunion assez grande pour asseoir au moins 200 personnes.**

Dans un rapport de mai 1998 sur l'évaluation de la sécurité de l'immeuble, on a noté que le pavillon comportait une lacune en matière de prévention. On a surtout constaté que le système d'extinction automatique ne protégeait que les deux premiers étages et non les deux derniers du haut où se trouvent les chambres des anciens combattants.

- 10. Le Sous-comité recommande que le système d'extinction au pavillon Brock Farhni soit étendu aux deux étages supérieurs si cela n'a déjà été fait.**

La visite a surtout consisté à rencontrer les anciens combattants. Selon eux, la qualité des soins médicaux au pavillon est « excellente ». On a fait l'éloge du bureau local des Anciens combattants pour sa sollicitude envers les anciens combattants, ce qui a été confirmé par la fille d'un de ces derniers qui assistait à notre rencontre. Elle a souligné en particulier la diligence dont ont fait preuve les représentants du ministère sur place pour aider son père à obtenir de nouvelles prothèses dentaires et de nouvelles lunettes. On a aussi reconnu que le programme d'artisanat aidait grandement les anciens combattants à se sentir utiles.

La nourriture est fournie en sous-traitance par la cuisine du Children's Hospital de la Colombie-Britannique, qui se trouve à proximité. Les avis sur la qualité des repas étaient partagés. Le premier résident à s'exprimer a affirmé que les anciens combattants avaient de bons soins entre les repas, mais que la nourriture était « moche ». Il s'est surtout plaint du caractère « industriel » et artificiel de la nourriture — rien n'est frais — par exemple, le dîner

de dinde consistait en un roulé de dinde artificielle sans viande brune. D'autres ne partageaient pas cet avis. L'un a dit qu'il avait vécu dans quatre foyers et que Brock Farhni était le meilleur d'entre eux. Habitué à la nourriture de résidence, il estimait que les repas à Brock Farhni sont « très bons » la plupart du temps, avis partagé par d'autres anciens combattants.

Les critiques étaient plus unanimes quant au manque de personnel de nuit. Il semble que ça prend une éternité pour qu'on réponde à l'appel d'une sonnette, tant et si bien qu'un résident a affirmé qu'il faudrait installer des interrupteurs à bascule au lieu de boutons qu'il faut tenir enfoncés, afin d'éviter de s'user les pouces. Un autre s'est plaint d'avoir à attendre chaque matin pour aller à la salle de bains jusqu'à ce qu'un lève-personne soit disponible : s'il pouvait se le permettre, il s'en achèterait un pour son usage personnel.

11. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants évalue les effectifs de nuit préposés aux anciens combattants au pavillon Brock Farhni et qu'il les augmente si nécessaire.

Le manque de temps n'a pas permis de discuter de sécurité avec la direction. Les cigarettes des résidents sont toutefois contrôlées de près, au grand regret des fumeurs. Les cigarettes sont gardées sous clé dans une armoire et il faut parfois faire preuve de patience pour trouver le préposé — sans doute une mesure pour protéger leur santé.

**Colonel Belcher Veterans' Care Centre,
Calgary (Alberta)**

L'Hôpital pour anciens combattants Colonel Belcher a emménagé dans l'immeuble qu'il occupe en 1943. Conçu comme établissement de soins aigus, il a été agrandi et rénové à plusieurs reprises avant de passer sous l'administration de la province de l'Alberta en 1979. En 1991, d'hôpital de soins aigus pour 355 patients, il est devenu un établissement de soins de longue durée pour les anciens combattants. En 1995, il est passé sous l'administration de la Calgary Regional Health Authority. Le Colonel Belcher Veterans' Care Centre, comme il s'appelle maintenant, offre 135 lit de soins de longue durée aux anciens combattants. Il compte 71 chambres privées et 32 chambres pour deux personnes.

L'immeuble est outrageusement vétuste et inefficace, au point que la province a prévu un budget supplémentaire de 1,2 million de dollars pour en couvrir les frais de fonctionnement additionnels. Il n'y a pas de système d'extincteur, et le confort, sinon la santé, des anciens combattants y est compromis parce que le système de chauffage et de conditionnement de l'air est incapable de maintenir une température uniforme lorsque la température extérieure fluctue rapidement. L'immeuble comporte aussi beaucoup d'inconvénients comme résidence de longue durée pour ceux qui ont besoin de soins prolongés : comme il a été construit pour accueillir 355 patients, les anciens combattants doivent franchir de longues distances à partir de leur chambre pour se rendre au réfectoire, à la chapelle et à l'auditorium. Dans l'unité de soins pour déments, les longs corridors réfléchissent la lumière et le plancher donne l'impression d'être couvert de flaques d'eau. Les résidents sont aussi souvent confus parce que les corridors finissent en cul-de-sac plutôt que de faire le tour de l'unité.

Les quelques anciens combattants capables de rencontrer le groupe de travail ont dit qu'il faisait souvent trop froid ou trop chaud dans leur chambre, mais c'était leur seul reproche. Les repas sont préparés en grande quantité sur place et servis dans les réfectoires. Selon la direction, il n'en coûte pas vraiment plus cher de préparer la nourriture sur place plutôt que d'acheter des plats à réchauffer. Comme les employés de la cuisine préparent les repas, les servent et aident les anciens combattants à déballer les plats, ils finissent pas connaître et respecter les goûts et les caprices de chacun. Les résidents ont fait l'éloge des employés, ce qui a été confirmé par le fils d'un résident atteint de démence qui a loué la qualité des soins que reçoit son père dans l'unité de soins pour déments.

Le gros problème de la direction, c'est la lenteur excessive dont fait preuve le système de soins de santé de l'Alberta pour décider s'il vaut mieux déménager Colonel Belcher dans un nouvel édifice, conçu spécialement pour répondre aux besoins des personnes âgées, auquel cas le bâtiment existant n'aurait besoin que de rénovations mineures, ou entreprendre des rénovations très coûteuses pour moderniser le bâtiment existant de façon qu'il respecte les normes d'un établissement de soins de longue durée.

La Calgary Regional Health Authority a entrepris une étude importante des besoins actuels et futurs des anciens combattants en août 1996. Quinze mois plus tard, elle acceptait la recommandation voulant qu'il soit plus rentable de construire un nouveau bâtiment. La demande de financement et un plan détaillé de construction et de fonctionnement du nouveau centre de soins ont été présentés aux ministères de la Santé et des Travaux publics et des Approvisionnement et Services de l'Alberta en janvier 1998. Le plan prévoit 175 chambres privées pour répondre à la forte demande projetée. Des locaux sont aussi prévus pour répondre aux besoins des autres anciens combattants qui habitent dans la région; à savoir des programmes de jour, un centre de bien-être et des soins de relève. Selon les estimations, le nouveau centre pourrait fonctionner avec un budget à peine plus élevé que celui de l'établissement actuel et le budget supplémentaire de 1,2 million de dollars de la province.

La modernisation de l'établissement actuel perturberait beaucoup les anciens combattants et leurs familles. Il est tout probable que les anciens combattants devront être placés dans divers autres établissements pendant les travaux. Cela bousculerait leur habitudes et compromettrait leurs liens d'amitié existants, les plaçant dans un état de grande anxiété. Les anciens combattants auraient aussi à vivre deux déménagements, ce qui ajouterait à leur confusion et à leur stress et compliquerait les visites des familles. Par conséquent, il est dans l'intérêt des anciens combattants et de leurs familles, et aussi plus économique, de déménager le Centre Colonel Belcher dans un nouvel immeuble. Comme il faudra au moins trois ans, voire jusqu'à cinq ou six ans, pour aménager un nouveau centre pour anciens combattants, à compter du moment où la province décidera de financer le projet,

- 12. Le Sous-comité recommande que le ministre des Anciens combattants rencontre les ministres et fonctionnaires concernés de l'Alberta dès que possible afin de les convaincre de décider immédiatement de financer la construction d'un nouvel immeuble pour loger le Colonel Belcher Veterans' Care Centre.**

La direction a établi ses priorités pour les trois prochaines années. Un faible pourcentage d'anciens combattants occupent des lits électriques; s'il y en avait davantage, cela rendrait la vie plus agréable à ceux qui sont capables de les faire fonctionner, tout en réduisant la charge de travail du personnel. L'éducation du personnel est encore plus pressante. Il est difficile de recruter des aides-infirmiers : un cours très élémentaire de six semaines coûte de 3 000 \$ à 4 000 \$, mais le travail ne rapporte que de 8 \$ à 10 \$ de l'heure. Il y a un urgent besoin d'offrir une formation sur place, mais il faudrait du temps et des ressources pour mettre au point les programmes de formation requis. Il faudrait un travailleur social à temps plein plutôt qu'à temps partiel pour travailler avec les anciens combattants et leurs familles.

13. Le Sous comité recommande que le ministère des Anciens combattants aide à concevoir et à mettre en oeuvre un programme de formation approprié pour le personnel du Colonel Belcher Veterans' Care Centre et qu'il fournisse des fonds additionnels pour acheter des lits électriques et obtenir une aide accrue d'un travailleur social.

Deer Lodge, Winnipeg (Manitoba)

Le gouvernement fédéral a transféré l'administration du centre Deer Lodge à la province du Manitoba en 1983, réservant 150 lits prioritaires pour les anciens combattants. Construit en 1989, le présent complexe comprend un nombre total de 406 lits (porté par la suite à quelque 450), dont 155 sont désignés d'accès prioritaire pour les anciens combattants. Un des grands objectifs du Centre était d'offrir un programme spécialisé permettant de maintenir les personnes âgées à domicile tout en offrant différents programmes de jour, d'hébergement temporaire et de soins de longue durée.

Deer Lodge a été conçu comme un petit village autonome pourvu d'une attrayante « avenue principale » où se rendent naturellement les résidents pour obtenir des services et participer à des activités. Les locaux sont bien aménagés et dégagent une atmosphère chaleureuse. Dans la section des anciens combattants, les résidents occupent des chambres individuelles. La grande majorité (environ 82 p. 100) souffrent de troubles cognitifs et la plupart se déplacent en fauteuil roulant. Les corridors ne sont pas encombrés par du matériel entreposé et des fauteuils roulants comme c'est le cas dans les établissements plus vieux où ils constituent un danger : les chambres ont été conçues pour recevoir de l'équipement moderne et pour pouvoir garer des fauteuils roulants.

Le Centre a une particularité que les membres du Comité voudraient voir étendue à tous les établissements pour anciens combattants — des chambres conçues pour accueillir des couples. Il s'agit de suites avec des aires séparées pour les lits. Selon la direction, il serait plus pratique que l'accès aux chambres se fasse par une porte commune. Chaque conjoint nécessitant probablement des soins différents, il faudrait que, dans les établissements à niveaux multiples, ces chambres soient aménagées dans l'unité des soins prolongés. La visite a toutefois permis de relever deux problèmes.

Les salles de bain dans l'aire réservée aux anciens combattants sont vétustes, inefficaces et ne protègent pas la vie privée des utilisateurs. Pour permettre aux anciens combattants en fauteuil roulant de prendre un bain en tout confort, il faudrait que les baignoires soient accessibles sur trois côtés au moins et permettent de passer facilement du fauteuil roulant au bain. Il faudrait que chaque bain soit installé dans une salle séparée assez grande pour recevoir une toilette et un lavabo.

- 14. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants contribue à défrayer les coûts de rénovation des salles de bains dans l'aile des anciens combattants de Deer Lodge.**

La circulation de l'air à Deer Lodge doit être améliorée. Les plafonds voûtés, ajoutés aux passages bas dans les murs de séparation entravent la circulation de l'air frais et piègent l'air vicié dans les chambres et les bureaux. La meilleure solution au problème doit venir des architectes et des spécialistes du conditionnement de l'air mais il y aurait sans doute lieu d'éviter la pose de plafonds suspendus qui, en cas de feu, auraient pour effet de rabattre la fumée dans les corridors. Quelle que soit la solution retenue, le ministère des Anciens combattants doit s'assurer qu'elle améliore la qualité de l'air et ne menace pas la sécurité en cas d'urgence.

- 15. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants prenne des mesures immédiates pour améliorer la qualité de l'air à Deer Lodge et exige que toute solution retenue ne compromette pas la sécurité des anciens combattants en cas d'urgence.**

Les anciens combattants et leurs familles qui ont rencontré le groupe de travail ont été unanimes sur un point. Jusqu'à l'automne 1998, la qualité des soins à Deer Lodge était considérée au bas mot excellente, et certains estiment qu'elle ne peut être améliorée davantage. Le Centre est en fait considéré comme le meilleur de la région et la liste d'attente est longue de ceux qui voudraient y résider. Cette situation a changé pour le pire à l'automne 1998.

En 1998, l'administration régionale de la santé a décidé qu'il serait plus économique de sous-traiter les services de préparation des repas dans les hôpitaux et les foyers de soins infirmiers plutôt d'en confier la tâche ou la sous-traitance à chaque établissement. Cela s'est traduit par une baisse soudaine de la qualité des repas et, par conséquent, du moral des anciens combattants et de leurs familles. Les membres du Sous-comité ont reçu une pétition signée par 1 600 personnes concernant la qualité de la nourriture qui, selon les anciens combattants, n'est jamais servie à la bonne température ou est toujours insipide. Les plats ont tous la même goût ou la même texture. Parfois, la viande et les rôties sont si dures qu'on ne peut les avaler. Cela aurait rendu un résident très malade selon son épouse. Elle a présenté au Sous-comité une tranche pétrifiée de boeuf qu'on aurait servie à son mari. Selon certains, la nourriture est si mauvaise qu'ils ne mangent que très rarement leurs repas, ce qui a été confirmé par des rapports de perte rapide de poids, et la direction a admis qu'elle avait dû acheter d'autres balances pour pouvoir peser les résidents plus souvent.

Pas étonnant alors de voir la grande amertume des familles devant le traitement qu'on réserve au chapitre de la nourriture à des hommes qui ont servi leur pays et dont certains ont subi la torture aux mains de l'ennemi. La plupart des anciens combattants doivent payer leur nourriture, ce qui ajoute l'insulte à l'injure. Mais, qu'il doive ou non payer un *per diem*, l'ancien combattant est soumis à ce traitement alimentaire jusqu'à la fin de ses jours. Selon les anciens combattants, ces changements ont été introduits pour économiser de l'argent, et ils ont demandé : « Comment pouvez-vous économiser de l'argent quand la plus grande partie de ce que vous servez va à la poubelle? » Ils ont aussi demandé comment se faisait-il que, si « la Popote roulante » pouvait servir des repas décents à domicile, les hôpitaux et les établissements de soins de santé de Winnipeg ne pouvaient y arriver. Ce sont là des questions très pertinentes à poser à l'administration régionale de la santé qui a choisi d'adopter ce système de préparation des repas.

Les anciens combattants et leurs familles estiment en général que le personnel est suffisant, mais ils soulèvent certaines questions. Des employés ont confié à des parents que le nouveau système exige tellement de travail qu'ils ont peu de temps à consacrer aux anciens combattants. À cet égard, l'épouse d'un résident a minuté cinq employés au cours d'un déjeuner du dimanche pour constater qu'il leur fallait 25 minutes pour servir 13 repas. L'épouse d'un autre résident a aussi raconté que lorsqu'un patient s'était plaint de douleurs à la poitrine, une infirmière est venue mais n'a pu rester longtemps parce qu'elle devait aider des résidents en fauteuil roulant à se rendre au réfectoire pour le souper. Elle est restée avec son mari, et il lui a semblé qu'il n'y avait pas de personnel sur l'étage cette nuit-là.

Les membres du Sous-comité étaient préoccupés par le problème du service des repas quand ils ont rencontré la direction. Ils ont débuté la rencontre par un repas, le même que celui servi aux résidents. La qualité de la nourriture était épouvantable : la soupe (à quoi, difficile à dire) était tiède et indigeste, le sandwich et le petit pain étaient froids, et l'eau du thé était à peine assez chaude pour infuser le sachet.

La direction vérifie la qualité de la nourriture servie et recueille les commentaires des résidents et des employés — la réaction des résidents a fait pleurer des employés. La nourriture est préparée et cuite par le Riverview Health Centre situé à proximité, et non par un organisme de Toronto comme le pensaient certains anciens combattants. Le fournisseur a fait des changements, et certains sont d'avis que la qualité des mets réchauffés s'est en fait améliorée légèrement.

16. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants intervienne directement auprès de la province du Manitoba et du traiteur pour que ce dernier améliore la qualité des repas servis aux anciens combattants à Deer Lodge.
17. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants aide la direction de Deer Lodge à former son personnel dans les techniques de manipulation des repas réchauffés.

Les membres du Sous-comité, les dirigeants et les représentants du ministère présents ont toutefois convenu qu'il fallait que toute décision concrète visant à améliorer la nourriture soit prise lors de la réunion des membres du groupe de travail avec les anciens combattants et leurs familles.

Plusieurs mesures immédiates ont été envisagées pour améliorer les repas. La plus prometteuse visait à améliorer immédiatement le petit déjeuner parce que les anciens combattants n'avaient rien mangé depuis la veille. Les rôties trop dures à mastiquer pourraient être remplacées par des petits pains et des muffins. La petite cuisine attenante à chaque salle pourrait être utilisée davantage. Des bénévoles et des parents, par exemple, pourraient aider les employés à organiser un club du petit déjeuner et du brunch, dont le but serait de permettre aux résidents intéressés de préparer leur propre petit déjeuner sous surveillance. La présentation des repas pourrait aussi être modifiée : à la suggestion du Conseil des anciens combattants, on pourrait réduire le nombre de plats que les résidents ont à ouvrir et à déballer à chaque repas. Il n'est pas nécessaire d'emballer d'avance les portions de lait, de jus, de thé et de café servies sur les plateaux; ces portions peuvent être servies rapidement en utilisant des contenants de grand format. Au lieu de réchauffer chaque plateau, on pourrait améliorer certains aliments du petit déjeuner, comme le gruau et les oeufs brouillés, en les réchauffant en grande quantité et en les brassant avant de les servir.

- 18. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants et ses représentants sur place continuent d'aider la direction de Deer Lodge à trouver et à mettre en pratique des solutions à court terme pour améliorer la qualité des repas.**

Parkwood Hospital, London (Ontario)

L'hôpital Parkwood a été choisi en 1980 pour fournir en sous-traitance 200 lits de soins chroniques et a ouvert en 1989 l'aile Western Counties pour fournir des soins prolongés à 170 autres anciens combattants. En 1997, les deux installations ont été réunies pour former le St. Joseph's Health Centre. Sur le terrain de l'hôpital et de l'aile Western Counties se trouve un mini-golf thérapeutique de neuf trous, le Veterans' Memorial Park qui sera relié aux terres humides et boisés environnants par un réseau de sentiers. Le parc comprend déjà un monument, un mur du Souvenir et un bosquet de cerisiers japonais ainsi que des plates-bandes fleuries.

L'hôpital Parkwood est un établissement moderne bien aménagé, mais il reste que c'est un hôpital. Il n'y a pas de « rue principale » dans l'aile des anciens combattants, et aucun effort n'a été fait pour aménager l'entrée en « agora » ou en centre-ville naturel. Qu'ils vivent dans l'hôpital ou dans l'aile des anciens combattants, la plupart des patients (hôpital) et des résidents (aile des anciens combattants) occupent des salles de quatre lits. Le complexe se distingue par sa gamme extraordinaire de services et d'équipements de loisir qui comprennent une allée de quilles, un jeu de galets, des exercices et des ateliers d'artisanat, d'ébénisterie et de tissage à l'intérieur, ainsi qu'un mini-golf extérieur. Il comprend également un grand auditorium. Pour une raison inconnue, le poste infirmier de l'unité de soins pour déments est

entouré de murs trop hauts pour exercer une surveillance en position assise, ce qui isole complètement le préposé des patients et rend très difficile toute forme d'intervention spontanée. Le long et large corridor commence au poste infirmier et se termine sur la porte qui donne sur un très joli patio fermé. Les patients ont tendance à se rendre au bout du corridor où ils essaient les uns après les autres d'ouvrir la porte verrouillée donnant sur le patio, ou ils se rassemblent sans raison dans la salle immédiatement à la droite. Des modifications relativement mineures permettraient d'ajourer le poste infirmier et de le rendre plus accueillant, et on pourrait modifier la circulation dans le corridor en encourageant les patients à déambuler en décrivant un cercle.

19. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants aide l'hôpital Parkwood à rendre la section des cas de démence plus accueillante et plus fonctionnelle.

L'hôpital Parkwood est un des rares établissements à niveaux multiples qui se soit attaché à résoudre le problème de l'évacuation des grabataires par les cages d'escalier, c'est-à-dire vers le bas, ainsi que celui de l'évacuation à l'horizontale pour mettre temporairement les patients à l'abri derrière une porte coupe-feu sur le même étage. À cette fin, on a acheté quelques « EvacuSleds » (civière de sauvetage) qu'on range sous le matelas d'un lit jusqu'à ce qu'on en ait besoin. En cas d'urgence, on attache le patient au matelas, on fait glisser la civière, le matelas et le patient d'un seul tenant sur le plancher pour ensuite les mettre à l'abri. Munie de roulettes, la civière est facile à déplacer sur différentes surfaces de plancher, ainsi que dans les escaliers. Même si on peut la faire basculer vers le haut pour passer une porte, le fait qu'elle est conçue pour déplacer un matelas de dimensions normales en fait un dispositif très encombrant et difficile à manoeuvrer dans les espaces exigus.

L'hôpital Parkwood a mis au point un système unique de « cartes-fiches » qui permet de s'assurer que les patients et les résidents ne reçoivent pas, lors d'événements sociaux, des aliments ou des boissons qui présentent des dangers pour eux. Les employés ont dénombré environ 700 événements par année où on sert à manger et à boire. Auparavant, les préposés ne disposaient d'aucun moyen pour savoir si des restrictions alimentaires s'appliquaient à la personne servie. La solution a été une carte d'identité du patient réutilisable portant en outre les renseignements suivants : unité, restrictions alimentaires et allergies, et substituts aux aliments et boissons non recommandés. La carte est exigée pour toutes les activités de groupe sur place où on sert à boire et à manger, pour toutes les activités à l'extérieur, et elle est disponible pour les sorties personnelles. Le Sunnybrook Health Science Centre (maintenant appelé Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre) a décidé récemment d'adopter la « carte-fiche ».

La rencontre avec les anciens combattants a porté sur la qualité des repas qui sont réchauffés, ainsi que sur le manque de personnel à l'heure des repas. Un ancien combattant a immédiatement qualifié la nourriture d'« épouvantable », se plaignant qu'elle n'était jamais fraîche et qu'elle semblait artificielle, et un autre a dit que « la nourriture ici, vous ne la mangeriez pas ». Les oeufs, qu'ils soient servis brouillés ou à la coque, et les rôties du petit déjeuner ont été particulièrement critiqués. Quant aux autres repas, certains anciens

combattants ont dit que les légumes étaient trop cuits et se sont plaints qu'il était trop difficile de faire éliminer les aliments peu appréciés du menu.

La conclusion selon laquelle les repas à l'hôpital Parkwood sont au mieux passables est confirmée par un sondage indépendant mené auprès des patients et des résidents. Une faible majorité des répondants ont évalué la qualité de la nourriture comme bonne; plus du tiers, comme passable à mauvaise; et à peine plus du dixième, comme excellente. Ce sondage indique clairement qu'il faut poursuivre les efforts pour améliorer la qualité des repas.

- 20. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants encourage fortement l'hôpital Parkwood à passer d'un service de repas servis sur des plateaux à un service de table dans l'aile Western Counties, et à envisager d'en faire autant à l'hôpital même.**

Les anciens combattants se sont plaints du manque de personnel à l'heure des repas pour les aider à déballer les contenants et à tailler leur viande. Ils ont souligné en particulier le travail des bénévoles, affirmant que, sans cette aide de l'extérieur, il serait en « piteux état ». Autant les anciens combattants que leurs familles ont dit avoir l'impression d'un manque d'uniformité dans la prestation des soins. Il semble qu'ils ont toujours affaire à une infirmière ou à un aide-infirmier différent.

- 21. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants collabore avec la direction et le personnel de l'hôpital Parkwood pour qu'on offre plus de soutien à l'heure des repas et qu'on stabilise davantage l'effectif des préposés aux anciens combattants.**

Les épouses des anciens combattants se sentent appuyées par le personnel et se disent confiantes de la qualité des soins prodigués à leur mari. On les invite à demander de l'aide si elles en ont besoin ou à demander à rencontrer le personnel préposé à chacun des anciens combattants.

La visite de l'hôpital et de l'aile des anciens combattants, ainsi que la rencontre avec les anciens combattants et leurs familles ont clairement démontré aux membres du groupe de travail que les anciens combattants et leurs familles entretiennent de bons rapports sur le plan professionnel avec le personnel et la direction. L'atmosphère n'est toutefois pas très chaleureuse et certains anciens combattants ont dit craindre que les fonds du Ministère destinés au St. Joseph's Centre, dont l'Hôpital Parkwood fait partie depuis 1997, soient utilisés à d'autres fins.

La direction de l'Hôpital Parkwood a fait de grands efforts pour répondre aux questions des membres du groupe de travail : elle a distribué un cahier d'information contenant les réponses au questionnaire que nous lui avons adressé, répondu aux questions posées au cours de la rencontre et fait parvenir la documentation additionnelle demandée.

Le Programme des anciens combattants est très complet. Il comprend au départ un compte rendu sur film des expériences personnelles que certains anciens combattants ont vécues à la

guerre et de la signification de ces expériences pour eux. Ce vidéo sert à sensibiliser les nouveaux employés aux traumatismes uniques qui ont fait des anciens combattants des handicapés et qui ont altéré leur personnalité.

La recherche financée par la Parkwood Hospital Foundation sert à soutenir les divers volets du programme. Le personnel reçoit régulièrement de la formation basée sur cette recherche; l'objectif est de pouvoir interpréter, traiter et modifier les problèmes de comportement qui se posent couramment dans les établissements de soins de longue durée : agression, confusion, résistance aux soins, etc. La recherche vise également à trouver de meilleures méthodes pour contrôler la douleur chronique qui peut empoisonner la vie des personnes âgées. L'hôpital envisage aussi d'aménager des espaces extérieures thérapeutiques pour les patients atteints de démence. Les patients et les résidents atteints de troubles cognitifs, ainsi que leurs familles, ont été mis à contribution dans la planification du réaménagement du jardin protégé auquel ils ont accès. Il est intéressant de noter toutefois que la documentation sur le programme de gestion des régimes pour dysphagiques ne contient aucune mention sur les travaux en cours menés à Sainte-Anne-de-Bellevue pour donner aux aliments modifiés la forme, la couleur et l'aspect de l'aliment original.

L'hôpital Parkwood ne peut offrir qu'une aide limitée aux 50 et 60 épouses et familles qui doivent parcourir de grandes distances pour visiter les anciens combattants qui sont résidents ou patients. L'ancien combattant et son épouse peuvent séjourner un ou deux jours dans l'Independent Living Unit, un logement autonome aménagé sur les lieux. L'hôpital offrira également à l'épouse d'un ancien combattant qui se meurt un lit pliant dans un espace tranquille. On envisage une solution innovatrice consistant à loger une épouse de l'extérieur chez une autre conjointe d'un ancien combattant qui vit dans la région et qui est prête à l'accueillir. Cette solution réduirait le coût de sa nuitée et aiderait à établir une relation entre elle et la famille d'un autre ancien combattant.

- 22. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants incite l'hôpital Parkwood à expérimenter un projet visant à loger les visiteurs de l'extérieur chez des conjoints de la région qui sont prêts à les accueillir.**

Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre, Toronto (Ontario)

Le groupe de travail est retourné au Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre et a appris avec plaisir, et de la direction et des anciens combattants, que les recommandations du premier rapport avaient été promptement appliquées. Puisque trois patients sont morts dans un incendie en juin 1997 et qu'un autre est décédé peu après avoir été retrouvé par terre puis remis dans son lit, le premier rapport s'était concentré sur la sécurité.

Lorsque nous avons rencontré la direction du Sunnybrook, le nouveau système d'extincteurs automatiques pour l'aile Kilgour de soins prolongés (aile K), scène de l'incendie, avait été installé et faisait l'objet d'un dernier essai. D'autres mesures étaient également en voie d'application pour améliorer la sécurité de l'aile. L'unité de soins pour patients atteints de

troubles cognitifs a soumis un projet d'établissement d'une unité pour troubles de comportement à l'intention des patients qui, souffrant de démence, sont agressifs à l'égard des autres résidents, du personnel ou des visiteurs. Environ 5 p. 100 des déments connaissent des explosions régulières d'agression physique et ont intérêt à être traités dans un environnement sûr mais familial par du personnel spécialisé. Lorsque l'unité spéciale sera construite, le traitement distinct de ces patients — presque tous des hommes — augmentera la sécurité et le confort des autres personnes atteintes de démence et de leurs visiteurs, de même que la protection des employés et des bénévoles.

L'aile Kilgour et les salles qu'elle abrite n'ont pas été conçues pour des patients qui nécessitent de l'aide et des soins croissants et dont la plupart dépendent de tricycles ou de fauteuils électriques pour se déplacer. Comme les chambres sont trop petites pour entreposer l'équipement, celui-ci doit être laissé dans les corridors où il constitue un réel danger en cas de feu ou d'autres urgences exigeant l'évacuation rapide de l'aile.

L'hôpital a l'intention de moderniser l'aile K et s'emploie à réduire, de 43 à 37, le nombre des lits dans chacune des neuf unités de soins. Les chambres à quatre lits en contiendront désormais trois, ce qui permettra d'agrandir les toilettes pour accommoder les fauteuils roulants et de fournir plus d'aires d'entreposage. Le réaménagement du poste et l'élimination de la salle de conférence et de bureaux libérera de l'espace pour une salle à dîner/d'activités avec cuisinette et pour d'autres rangements dans les chambres simples ou doubles. Deux salles de douche et une salle de bain distincte remplaceront les actuelles douches et chambres de bain encombrées et désuètes.

Le groupe de travail a visité la première des neuf unités qui seront rénovées pour un peu moins de 700 000 \$ chacune. Les travaux ont énormément amélioré la sécurité et donné un cachet plus familial et plus agréable, tant pour les bénéficiaires que pour les employés. La rénovation des chambres et des salles de bain ajoute au confort des résidents et rend les soins plus faciles à dispenser. Toutefois, à cause des restrictions financières, l'hôpital ne peut rénover qu'une unité par année, ce qui signifie un délai d'encore sept ans avant la conclusion du projet.

Sunnybrook a réévalué ses plans d'évacuation et, ce faisant, l'hôpital a testé divers appareils comme l'EvacuSled et la chaise EVAC. Malgré le potentiel de l'EvacuSled, la technique a été jugée beaucoup plus lente pour une évacuation latérale que la traditionnelle méthode de la couverture : à l'aide d'une couverture, un patient a été déplacé en un endroit sûr avant que l'EvacuSled puisse sortir de la chambre, et une unité de 40 lits a été vidée en 17 minutes. L'évacuation verticale dépend encore de l'arrivée des policiers et des pompiers dans les huit minutes, mais une version améliorée de l'EvacuSled serait reconsidérée. Pour aider à l'évacuation, les agents de sécurité de l'hôpital ont été pourvus de respirateurs qui leur permettent de continuer à travailler.

Sunnybrook est en train d'élaborer, pour la formation du personnel, des lignes directrices en cas de chute d'un résident. Avant d'en arrêter la version définitive, on s'emploie actuellement à éprouver dans la réalité la troisième ébauche. On a également fait des progrès pour ce qui est

de réduire les risques, dans les cas de mises à pied, que du personnel expérimenté dans le traitement des personnes âgées ne soit évincé par des employés plus anciens mais n'ayant aucune formation spécialisée ni expérience en gériatrie. La nouvelle convention syndicale stipulera que seuls les employés ayant le moins d'ancienneté peuvent perdre leur place, ce qui empêchera une cascade de changements comme ce fut le cas en 1997. Une formation spéciale pour les cas de démence devrait maintenant être disponible au niveau local et, avec le temps, on espère qu'une telle formation ou son équivalent devienne une qualification essentielle pour le travail dans les unités réservées aux déments.

Les membres du Conseil des anciens combattants ont signalé que, d'après eux, le personnel du centre de santé faisait, malgré les compressions, un « excellent » travail auprès des anciens combattants. Même si les niveaux de dotation dans l'aile Kilgour n'ont pas augmenté, les ratios employé-patient s'amélioreront à mesure que les unités seront réaménagées. On a également enregistré des progrès dans la prestation de lits électriques pour les patients susceptibles d'en profiter.

Le directeur du Centre des sciences de la santé, Anciens Combattants Canada, et le Conseil national des associations d'anciens combattants ont été applaudis pour avoir su protéger les intérêts des anciens combattants au moment de négocier la composition des structures régulatrices et des grands programmes des hôpitaux fusionnés. Ainsi, la Loi sur la fusion a prévu la formation d'un comité d'anciens combattants et imposé à l'hôpital de respecter les engagements pris envers les anciens combattants. La Loi a habilité Anciens Combattants Canada à nommer deux membres au conseil d'administration, dont l'un doit occuper la présidence du Comité des anciens combattants.

Le Conseil des anciens combattants a également souligné que la qualité des repas réchauffés s'était améliorée à un tel point que certains les jugeaient supérieurs aux repas produits par les cuisines de Sunnybrook. La qualité et la variété des repas étaient satisfaisantes, les aliments chauds étaient chauds et les froids étaient froids. Le problème des rôties, le matin, a fini par se régler lorsque des adjoints ont entrepris de les cuire sur commande pour chaque étage.

Les principales priorités du Conseil des anciens combattants ont trait à la sécurité : hâter l'établissement de l'unité spéciale pour troubles de comportement à l'intention de huit ou dix patients qui ne peuvent être gardés en sécurité dans les salles de soins généraux; accélérer la rénovation des salles pour réduire le danger que pose l'accumulation de matériel dans les corridors. Le Sous-comité en arrive à la conclusion que, pour des raisons de sécurité, ce travail doit être effectué rapidement. Étant donné que le raccourcissement du calendrier des travaux réduira les coûts de ces projets et que les ratios employé-patient s'amélioreront lorsque les unités réaménagées ouvriront, le Sous-comité croit qu'Anciens Combattants Canada devrait chercher des moyens de fournir une aide financière.

23. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants veille à ce que le Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre puisse réaliser sans délai l'établissement de l'unité de soins pour troubles de comportement et la modernisation de l'aile Kilgour.

D'après le Conseil des anciens combattants, les niveaux d'effectifs à l'heure du souper et la nuit dans l'aile Kilgour demeurent un problème, le manque de personnel étant particulièrement aigu au souper. Pour améliorer la situation, une organisation d'anciens combattants a offert de payer du personnel supplémentaire, solution qui n'a pu être retenue car la convention collective stipule que, si l'on fait appel à des employés à temps partiel, ces derniers doivent être payés pour au moins quatre heures de travail à 16 \$ l'heure. La modernisation accélérée des salles finira par atténuer le problème mais, dans l'intervalle, il devrait être possible de prendre d'autres dispositions. Par exemple, les organisations d'anciens combattants oeuvrent auprès des patients, remplaçant les parents absents qui ont toujours eu le droit de fournir aux membres de leur famille les services privés de préposés. Les syndicats seraient peut-être disposés à permettre qu'une organisation d'anciens combattants ait des préposés qui aident à nourrir certains anciens combattants.

- 24. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants trouve des moyens de fournir aux anciens combattants de l'aile Kilgour, au Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre, les services d'un personnel supplémentaire à l'heure du souper.**

Centre de santé Perley-Rideau pour anciens combattants, Ottawa (Ontario)

Les anciens combattants ont commencé à emménager dans le nouveau Centre de santé Perley-Rideau pour anciens combattants en 1995. Au début des années 90, il est devenu évident que le vieux Foyer Rideau pour anciens combattants et le Centre médical de la Défense nationale ne parviendraient pas à satisfaire les besoins futurs des anciens combattants dans la région d'Ottawa et de l'Ouest québécois. En 1992, Anciens Combattants Canada, le ministre ontarien de la Santé et l'hôpital Perley, unité locale pour maladies chroniques, ont convenu de construire un centre de soins moderne pour remplacer les services hospitaliers et les soins de longue durée fournis par l'hôpital Perley et le foyer Rideau. Le gouvernement fédéral a assumé la part du lion des coûts de construction, soit 36 millions de dollars, la province a fourni 19,5 millions et l'hôpital Perley, 9,5 millions. En mai 1993, l'Ontario approuvait, pour le centre de santé proposé, un budget de fonctionnement annuel de 31,5 millions, en précisant toutefois que ce montant ne serait pas augmenté tant que les coûts de fonctionnement d'installations semblables ne l'auraient pas atteint.

Perley-Rideau figure parmi les complexes pour anciens combattants les plus modernes que le groupe ait visités. Le Centre, situé aux abords d'Ottawa, a été conçu pour ressembler à une petite communauté par le groupement des principaux services près de l'entrée et le long d'une « rue principale ». Il compte 450 lits dont 250 réservés en priorité aux anciens combattants, et peut fournir trois sortes de soins : soins prolongés (285 lits), approches spéciales (145 lits) et service de relève (20 lits).

Lorsque le groupe a visité Perley-Rideau en juin 1998, les anciens combattants, leur famille et la direction étaient encore sous le choc des compressions en cours dans leur financement provincial et fédéral.

En 1996, l'Ontario a arbitrairement enlevé le statut d'hôpital au Centre Perley-Rideau, en vertu de la Loi sur les hôpitaux publics, pour le reclassifier comme « établissement de bienfaisance ». Or, ce reclassement entraînait une radicale diminution des fonds provinciaux, soit de 187 \$ par résident par jour, en 1996, à un total quotidien prévu de 94 \$ par résident, en 2003, la réduction devant être répartie également sur les années intermédiaires. Le financement des coûts d'exploitation de 175 lits par le gouvernement fédéral étant lié, en vertu de l'entente de transfert, à la contribution provinciale, il était lui aussi appelé à diminuer.

La direction et le conseil d'administration ont fait tout ce qu'ils ont pu pour contester la perte du statut d'hôpital et des fonds qu'elle entraîne. Les réductions de la première année n'ont pas eu d'incidence majeure sur les anciens combattants, mais celles de la deuxième année (1998) a comporté des compressions de personnel. Les plans pour 1999 et les années subséquentes réduiront les soins infirmiers directs, changeront le personnel infirmier professionnel pour des soignants moins qualifiés, entraîneront des mises à pied parmi les professionnels non infirmiers, réduiront les montants dépensés pour la nourriture, etc.

Ayant échoué dans ses appels au ministre provincial de la Santé, le conseil d'administration n'a vu d'autres solutions que de recourir aux tribunaux pour faire respecter l'entente ou « contrat » de mai 1993. Au moment de la rencontre de juin 1998, le refus du gouvernement fédéral de se joindre à la poursuite en tant que partie intéressée n'avait fait qu'accroître la colère et la frustration.

Les compressions se reflétaient déjà sur la vie des anciens combattants du Centre. D'après ces derniers et leur famille, le personnel était très peu nombreux à l'heure du lunch et les fins de semaine. Le manque d'employés au moment des repas signifiait que certains résidents ne pouvaient finir de manger, et une épouse a affirmé que son mari s'alimentait très peu lorsqu'elle ne pouvait venir le nourrir. D'autres épouses passaient de plus en plus de temps à surveiller leur conjoint et certaines familles, dans l'impossibilité de faire de même, avaient engagé des aides personnels. La pénurie d'effectifs et le découragement avaient également entraîné l'annulation de certaines activités et le retard de quelques autres. Les bénévoles de Perley-Rideau — l'équivalent d'environ 15,5 employés à plein temps — travaillaient si fort qu'on s'inquiétait de les voir abandonner pour cause d'épuisement.

Les changements constants de personnel désorientent et démoralisent les anciens combattants et leur famille, et ce, surtout dans les sections pour patients atteints de démence. Selon les familles, des soignants aimés disparaissent des salles ou sont réaffectés. La plupart du temps, ils ne sont pas remplacés ou alors par des étrangers moins compétents.

Jusqu'à maintenant, la direction et le personnel du Centre Perley-Rideau ont fait un travail exceptionnel pour s'ajuster aux compressions et en réduire au maximum l'incidence sur les anciens combattants. Le groupe de travail est bien conscient du défi à relever. Le Sous-comité

ne doit pas oublier que le tribunal a été saisi de la question du financement provincial au Centre Perley-Rideau, mais le bien-être des anciens combattants qui y vivent lui dicte les recommandations suivantes :

25. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants rencontre régulièrement le conseil et la direction du Centre de santé Perley-Rideau afin de revoir les plans établis par ce dernier pour faire face à la crise découlant des compressions financières. Il recommande en outre que le Ministère offre de faire tout en son pouvoir pour atténuer l'incidence des compressions.
26. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants veille à ce que l'argent qu'il épargne et épargnera en raison de la réduction des contributions quotidiennes aux coûts de fonctionnement du Centre Perley-Rideau soit remis au Centre de façon à avantager directement les anciens combattants.
27. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants s'assure que le conseil et la direction du Centre de santé Perley-Rideau connaisse et respecte la responsabilité du Ministère pour ce qui est de garantir aux anciens combattants un niveau approprié de soins, quelles que soient les normes provinciales.

Camp Hill Hospital, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Planifié et rapidement érigé en 1917, le premier Camp Hill Hospital était une structure « temporaire » qui a subsisté jusqu'à la construction d'une nouvelle installation de 250 lits en 1948. En 1978, le ministère des Affaires des anciens combattants et la Nouvelle-Écosse ont pris des dispositions pour que la province accepte de s'occuper de l'hôpital et de fournir 285 lits d'accès prioritaire en retour d'une substantielle contribution fédérale pour épouser les coûts d'un nouveau complexe hospitalier. La construction d'un nouvel hôpital de soins actifs a commencé à la fin de 1981 et, en 1987, les anciens combattants emménageaient dans son Veterans Memorial Building.

Camp Hill compte 175 lits réservés en priorité aux anciens combattants. Ceux que le groupe a interviewés étaient très satisfaits du niveau de soins qu'ils recevaient. À noter en particulier que la direction n'accepte pas les arguments économiques et autres justifiant le recours à la remise en température des aliments. Les anciens combattants sont, deux fois par mois, encouragés à dîner avec des amis ou des membres de la famille dans un restaurant situé dans l'hôpital.

Le groupe de travail a été impressionné par l'importance que l'hôpital accorde à aider les anciens combattants à demeurer à la maison le plus longtemps possible. L'hôpital dirige un centre gériatrique pour relever les personnes qui dispensent des soins à domicile, et la direction essaie de trouver du financement supplémentaire pour de la recherche sur les soins ambulatoires et les services à domicile.

L'hôpital a conçu un certain nombre de produits innovateurs pour aider les personnes âgées et handicapées. Toutes les personnes âgées, ainsi que leur famille et les intervenants, craignent les chutes et les fractures de la hanche. Dans les meilleures des conditions, une hanche cassée prend beaucoup de temps à guérir, et le patient doit se soumettre à un physiothérapie intensive pour recouvrer sa mobilité. Souvent toutefois, une hanche fracturée guérit mal et entraîne une invalidité permanente. C'est pourquoi tout produit susceptible de réduire le risque de fracture constitue une importante percée. L'hôpital Camp Hill a développé un « protège-hanche » que la personne peut porter sous ses vêtements. Jusqu'à maintenant, les patients munis de ce protecteur ont signalé 80 chutes sans une seule fracture. Une autre idée qui nécessite des fonds de développement est l'ouvre-boîtes maniable d'une main pour ceux vivent à la maison.

Le Sous-comité croit que l'hôpital Camp Hill devrait être encouragé à poursuivre la conception de services ambulatoires et de produits améliorés au profit des anciens combattants.

- 28. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants propose de financer et d'appuyer la recherche de l'hôpital Camp Hill pour des soins ambulatoires améliorés et qu'il offre des fonds de recherche et développement pour la mise au point de « protège-hanche » et autres appareils novateurs.**

Par ailleurs, les membres du groupe s'interrogent sur les plans d'évacuation de l'hôpital en cas d'urgence et estiment qu'ils devraient être revus.

- 29. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants et la direction de l'hôpital Camp Hill revoient les plans d'évacuation de l'hôpital.**

Hôpital Sainte-Anne, Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec)

Le Sous-comité a relaté sa visite à l'hôpital Sainte-Anne dans son premier rapport et ne s'y est pas rendu de nouveau. Néanmoins, il tient à préciser le rôle que l'hôpital devrait jouer, non seulement pour ce qui est d'établir et de développer une norme de soins acceptables pour les anciens combattants (sujet traité dans le premier rapport), mais aussi pour réunir en un réseau les lits de tout le pays réservés en priorité aux anciens combattants. Plusieurs aspects militent en faveur du maintien de Sainte-Anne en tant que centre de ressource pour le réseau des lits prioritaires et en tant que centre d'excellence de soins gériatriques en général et du traitement des anciens combattants en particulier.

- Le Sous-comité a été très impressionné par le personnel ministériel de l'hôpital Sainte-Anne et par la qualité des soins et des programmes spéciaux offerts aux anciens combattants.
- L'hôpital entretient des liens étroits avec l'Université McGill, reconnue pour la solidité de sa recherche médicale et la qualité de son école de sciences infirmières.
- L'hôpital, institution bilingue, est en mesure d'offrir en français et en anglais des services de recherche, des conseils et un appui.

- L'hôpital est administré et financé par Anciens Combattants Canada, contrairement aux autres hôpitaux comme Camp Hill, Sunnybrook et Parkwood qui ont des programmes de recherche gériatrique orientés vers les anciens combattants.

Les principaux problèmes de l'hôpital Sainte-Anne ont trait à la baisse du nombre de résidents et à la désuétude de ses salles. Le Sous-comité désire réitérer la recommandation formulée dans le premier rapport :

30. Le Sous-comité recommande que le Ministère reporte indéfiniment le transfert de la responsabilité de l'hôpital Sainte-Anne à la province de Québec, qu'il modifie la loi pour permettre aux conjoints d'anciens combattants handicapés d'occuper les lits réservés aux anciens combattants et que l'hôpital Sainte-Anne soit graduellement modernisé à cette fin.

Tout en maintenant le contrôle de l'hôpital, Anciens Combattants Canada devrait s'entendre avec le Québec pour admettre d'autres groupes étroitement liés aux anciens combattants, notamment les anciens combattants ayant servi seulement au Canada, et les membres de la collectivité susceptibles de profiter du traitement et des programmes spéciaux offerts par l'hôpital.

DEUXIÈME PARTIE

QUESTIONS GÉNÉRALES

Les études montrent clairement que la « qualité de vie » des anciens combattants dans un hôpital pour maladies chroniques ou dans un établissement de long séjour dépend :

- de la compétence et de l'attitude du personnel et des bénévoles, de même que des dirigeants, des professionnels et des fournisseurs de services;
- de la qualité, de la variété et de la présentation de la nourriture;
- de l'atmosphère de l'hôpital ou de la résidence, de son aménagement, de son matériel et de ses commodités.

Les anciens combattants et leur famille n'avaient à peu près pas de plaintes concernant la compétence et l'attitude de la direction, du personnel et des bénévoles qui s'occupaient d'eux. Au contraire, les employés ont été louangés pour leur professionnalisme, leur ardeur au travail et leur bienveillance; quant aux bénévoles, ils étaient jugés essentiels au bon fonctionnement des hôpitaux et des résidences de soins de longue durée, dans un contexte de réduction des effectifs. Toutefois, comme nous l'avons vu dans les études de cas, tant la direction que les anciens combattants se posaient de sérieuses questions sur l'incidence des compressions et des gels financiers par rapport à la qualité de la nourriture et au respect des normes de soins.

Les membres du groupe de travail ont été frappés par le respect mutuel qui caractérisait la relation entre la direction et les résidents de chacun des établissements, d'une part, et les représentants d'Anciens Combattants Canada à l'échelle locale, d'autre part. Ils ont cependant été frappés par le fait que chaque hôpital ou résidence semble être seul et isolé des autres, même à l'intérieur d'une province; le Ministère ne semble pas leur donner le sentiment qu'ils font partie d'un réseau axé sur le service aux anciens combattants. Les visites n'ont pas non plus donné l'impression qu'Anciens Combattants Canada était source d'idées novatrices dans les soins à long terme.

1. Questions de leadership et de gouvernement

Dans les années qui ont suivi la Seconde Guerre mondiale, le ministère des Anciens combattants a acquis une réputation de leadership et de créativité en mettant sur pied un réseau d'hôpitaux, de résidences de soins de longue durée et de centres de réhabilitation pour anciens combattants handicapés. Ce réseau a été conçu et administré comme un système dont les éléments individuels s'épaulaient l'un l'autre par l'échange d'expériences et d'idées, et étaient conscients de leur contribution à l'ensemble.

Le transfert de tous les hôpitaux ministériels (excepté l'hôpital Sainte-Anne, à Sainte-Anne-de-Bellevue) et d'autres établissements aux différentes provinces, après 1970, a mis fin au contrôle que le Ministère exerçait sur leur administration. Le sentiment d'appartenir à un réseau d'établissements pour anciens combattants s'est dissipé à mesure que les institutions se sont intégrées aux systèmes provinciaux des soins de santé. Dans ces systèmes

provinciaux orientés vers le traitement égal de toute la population, les anciens combattants, avec leurs lits prioritaires, leurs droits et leurs besoins spéciaux, ne constituaient qu'une petite minorité.

Dans les années 90, les provinces elles-mêmes se sont tournées vers des systèmes décentralisés pour la prestation des soins à la population. Dans tout le pays sont apparues des centaines d'« autorités » régionales de la santé, fonctionnant en vertu de principes et de lignes directrices différentes d'une province à l'autre. L'objectif de ces « autorités » est de faire mieux correspondre la prestation des soins aux priorités et aux besoins « locaux », lesquels ne concordent pas nécessairement avec ceux des anciens combattants. Environ 14 régions (sauf celle dans laquelle est situé l'hôpital Sainte-Anne) sont responsables d'hôpitaux ou résidences comptant 50 anciens combattants ou plus, alors que seulement une poignée de celles qui restent s'occupent de plus d'une personne ou de quelques anciens combattants. Il s'ensuit qu'un troisième palier de « gouvernement » et de bureaucratie s'interpose maintenant entre les anciens combattants et le niveau de soins dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit.

Anciens Combattants Canada a fait peu d'efforts pour combattre l'isolement croissant de ses centres pour anciens combattants des autres installations similaires. Au fil des ans, à mesure que le système était transféré aux provinces, le Ministère n'a pas voulu moderniser les installations dont il avait encore la responsabilité et encore moins les remplacer par des solutions novatrices en matière de soins en établissement. Comment pourrait-on expliquer autrement le manque d'intérêt, évident depuis plus de 20 ans, à doter les salles de l'hôpital ministériel Sainte-Anne de technologies modernes? Anciens combattants Canada semble également ne plus vouloir compenser la perte d'un système national d'hôpitaux et d'établissements de soins prolongés pour anciens combattants en adoptant une norme nationale uniforme de soins acceptables.

A. Normes de soins

Le premier rapport du Sous-comité expliquait pourquoi Anciens Combattants Canada devrait adopter une norme officielle de soins acceptables. La visite de nombreux autres hôpitaux et résidences a confirmé la validité de la conclusion selon laquelle l'adoption de normes détaillées constitue un complément essentiel aux dispositions sur l'« assurance de la qualité » du Plan d'action du Ministère concernant les soins médicaux de longue durée en établissement.

La notion de normes de soins ne doit pas se limiter aux établissements, mais doit également toucher les anciens combattants vivant à l'extérieur des institutions. Le Sous-comité en arrive à la conclusion que, lorsqu'il s'agit d'établir une politique et de prendre des décisions financières pour les programmes de santé des anciens combattants, le principe de la « qualité de vie » doit être aussi important que celui du « bénéfice du doute » dans les procédures d'attribution des pensions.

- 31. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants adopte, comme principe directeur de la politique ministérielle et des décisions en matière de**

dépense pour les anciens combattants, celui de la « qualité de vie » et que ce principe sous-tende les normes de soins relatifs aux anciens combattants vivant dans des établissements ou à la maison.

B. Normes de soins en établissement

La « qualité de vie » d'un ancien combattant obligé de rester dans un centre de soins permanents dépend de tout un train de conditions interreliées qui existent dans l'établissement et qu'il faut examiner avec attention. Certains des éléments qui devraient se retrouver dans les normes d'Anciens Combattants Canada pour les soins en établissement sont énoncés ci-dessus.

a) Personnel

Il est important que tous les employés ayant des contacts avec les anciens combattants sachent ce qu'est un « ancien combattant » et comment son expérience de la guerre l'a handicapé physiquement et mentalement et a influé sur son style de vie ultérieur. Les nouveaux employés doivent comprendre les troubles médicaux spéciaux qui distinguent les anciens combattants de la population en général, par exemple l'état de stress post-traumatique ou les problèmes découlant de l'abus d'alcool ou de tabac. Le personnel doit en outre être bien au courant des traitements et services spéciaux fournis aux anciens combattants mais non aux autres résidents. L'objectif est d'encourager le personnel à traiter les anciens combattants comme des personnes spéciales.

32. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants :

- rende disponible une série de vidéos de formation illustrant le travail et les sacrifices des anciens combattants;
- prépare des vidéos de formation décrivant les qualités et les problèmes médicaux qui distinguent les anciens combattants de la population en général et résument leurs divers traitements et services spéciaux;
- veille à ce que les normes de soins signalent de la nécessité d'intégrer ce matériel à la formation du nouveau personnel.

Dans presque tous les hôpitaux et résidences que nous avons visités, la direction a admis que les niveaux d'effectifs étaient à peine suffisants pour répondre aux exigences de base en matière de sécurité. Partout le quart de soirée, de la fin de l'après-midi jusqu'à la nuit, subit une énorme pression. Habituellement, il n'y a pas assez de dispensateurs de soins pour aider les anciens combattants à manger, à faire leurs activités de soirée, à se laver et à se préparer à se coucher. Le quart de nuit est lui aussi en sous-effectif, le personnel réussissant à peine à tourner dans leur lit les anciens combattants qui en ont besoin, à répondre aux appels d'aide et à s'occuper de ceux qui se lèvent tôt. En cas d'urgence — les urgences ne sont pas rares chez des patients ou des résidents dont la moyenne d'âge dépasse 80 ans —, il arrive qu'on ne puisse répondre aux sonneries d'appel, ce qui rend la situation encore plus pénible.

Le Sous-comité en a conclu que les sections des anciens combattants, dans les hôpitaux pour maladies chroniques, exigent plus d'effectifs que les autres salles. Dans l'ensemble, les anciens combattants sont plus âgés que les autres patients, ont habituellement des incapacités ou un ensemble de troubles physiques et mentaux plus graves ainsi que des problèmes de comportement. Ils nécessiteront donc des soins et des services infirmiers plus intensifs.

Le Sous-comité ne croit pas que la qualité de vie des anciens combattants peut être assurée par des effectifs réduits à des niveaux permettant guère davantage qu'un entreposage sécuritaire.

33. Le Sous-comité recommande que le **ministère des Anciens combattants** revoie les **niveaux de dotation des hôpitaux et résidences à contrat** et, dans les **normes de soins en établissement d'Anciens Combattants Canada**, fixe des **niveaux acceptables de dotation** qui sont **supérieurs aux niveaux de sécurité minimale** et offrent aux anciens combattants la **marge de confort nécessaire au maintien d'une qualité de vie élevée**.
34. Le Sous-comité recommande que le **ministère des Anciens combattants** revoie les **niveaux de dotation des sections réservées aux anciens combattants dans les hôpitaux pour maladies chroniques** et veille à ce que les **normes de soins en établissement** y exigent des effectifs supplémentaires.

Le premier rapport décrivait la situation à l'hôpital Sunnybrook, à Toronto, où des mises à pied dans un autre département avaient déclenché une cascade d'évincements de personnel qui s'était répercutée sur la qualité de vie des anciens combattants. Le personnel infirmier expérimenté des sections des anciens combattants a été remplacé par des employés ayant plus d'ancienneté mais guère d'expérience dans le soin des personnes âgées. Le manque de continuité dans les soins et la nécessité de former le nouveau personnel quant aux besoins individuels des anciens combattants ont eu un effet perturbateur sur ces derniers et leur famille, et ont effrayé ceux qui souffraient de troubles cognitifs. Le Sous-comité estime que le Ministère ne devrait pas laisser une telle situation se produire.

35. Le Sous-comité recommande que les **normes de soins en établissement d'Anciens Combattants Canada** prévoient que, dans les cas de mises à pied, seuls les employés les plus récents des sections réservées aux anciens combattants sont susceptibles d'être évincés et que, dans les sections des patients atteints de démence, aucun employé ayant six mois d'expérience ou plus ne peut être évincé sauf par une personne considérée comme possédant un niveau égal de formation ou d'expérience.

Un autre problème surgit lorsqu'une convention collective empêche un hôpital ou une résidence d'embaucher des travailleurs à temps partiel pour prêter main-forte au moment des repas, et ce, en imposant des limites déraisonnables sur les niveaux de salaire et le minimum d'heures travaillées. Les familles peuvent avoir recours à des infirmiers privés pour supplier aux soins hospitaliers ou à des aides privées pour remédier aux soins dispensés dans les centres d'hébergement. Le même droit devrait être consenti à Anciens Combattants Canada, aux organisations d'anciens combattants et aux associations communautaires de bienfaisance.

36. Le Sous-comité recommande que les normes de soins en établissement d'Anciens Combattants Canada précisent que le Ministère, une organisation d'anciens combattants ou une association de bienfaisance ont le droit d'embaucher du personnel à temps partiel pour fournir aux anciens combattants des soins supplémentaires, aux conditions établies par le Ministère ou l'organisation.

b) Nourriture

Ce qui est surtout ressorti des rencontres avec les anciens combattants et leur famille, ce sont les plaintes concernant la qualité de la nourriture. Sauf pour Sunnybrook où les repas sont très bien cotés, les plaintes ont trait à la qualité des aliments réchauffés et servis sur des plateaux individuels. Introduit comme mesure d'économie, le système de remise en température a donné lieu à une protestation presque universelle au sujet de la qualité des aliments, au refus de manger (entraînant une rapide perte de poids) et à des niveaux élevés de gaspillage.

La qualité de vie des anciens combattants dépend en grande partie de la capacité du Ministère de faire comprendre aux dirigeants d'hôpitaux et de résidences, aux autorités locales de la santé et aux fonctionnaires provinciaux une réalité fort simple, soit que la qualité acceptable pour la nourriture d'un vol en classe économique ou pendant quelques jours dans un hôpital de soins aigus ne peut pas et ne devrait pas être tolérée par les anciens combattants en établissement et par leur famille.

Les membres du groupe de travail n'ont pu examiner systématiquement combien les installations visitées dépensaient chaque jour pour la nourriture et la préparation des repas par occupant mais, d'après les estimations qu'ils ont reçues, le coût quotidien des repas réchauffés variait de 5 \$ à 25 \$ par patient. On est donc en droit de penser que les anciens combattants souffrent d'une réalité bien connue des voyageurs aériens : la qualité de la nourriture dépend du contrat conclu par les dirigeants. Si l'autorité contractante s'intéresse avant tout à réduire les coûts des soins actifs, l'offre la plus basse l'emportera parce que le malade ne reste que quelques jours : l'efficacité d'échelle et les impératifs de simplicité imposeraient alors la même qualité d'aliments aux occupants de lits pour soins chroniques ou de longue durée, y compris les anciens combattants.

La manipulation des aliments réchauffés arrive probablement au deuxième rang au département des plaintes. On est surtout insatisfait des repas que le fournisseur dispose en portions individuelles, qui sont ensuite regroupées sur des plateaux et expédiées vers la salle où les plateaux sont réchauffés (dans les systèmes avancés comme celui dont se sert Sunnybrook, les plateaux ont un côté chaud et un côté froid). La manutention en vrac des aliments à réchauffer et un service style cafétéria ou salle à manger réduirait probablement les plaintes au sujet des soupes et des sauces fades et trop liquides et de la température inégale ou extrême des aliments. Cela réduirait également le nombre d'articles qu'il faut déballer à la table.

Les installations qui préparent la nourriture sur place ont signalé peu de plaintes concernant les repas, mais aucun système de préparation centralisé des aliments n'a réussi à résoudre le

problème des rôties du matin. Au goût des anciens combattants, elles sont ou trop molles ou trop dures. La seule solution serait d'installer dans la section des grille-pain commerciaux.

Le Sous-comité estime que la qualité des repas servis aux anciens combattants en établissement est d'une importance capitale pour la qualité de vie des ces derniers. L'expérience du groupe de travail porte le Sous-comité à conclure que les repas préparés sur place sont supérieurs aux autres.

37. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants encourage la préparation des repas sur place.

Là où la préparation sur place n'est plus possible, le Ministère doit prendre des mesures pour veiller à ce que la qualité, la variété et la présentation des repas ajoute à la qualité de vie des anciens combattants au lieu de la diminuer comme c'est trop souvent le cas.

38. Le Sous-comité recommande que les normes de soins en établissement d'Anciens Combattants Canada fixe un degré minimum concernant la satisfaction des anciens combattants à l'égard des repas et que les installations qui atteignent ou dépassent ce degré reçoivent une prime égale à 10 p. 100 de leurs dépenses en aliments par résident.

39. Le Sous-comité recommande que, dans la mesure du possible, le ministère des Anciens combattants équipe les sections de grille-pain commerciaux.

40. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants étudie les mesures prises par l'hôpital Sunnybrook pour améliorer la qualité des repas et transmette ses constatations à tous les établissements pratiquant le réchauffement des aliments.

Qu'elle soit réchauffée ou préparée sur place, la nourriture d'établissement ne ressemble pas aux repas faits à la maison. Au cours de leurs déplacements, les membres du groupe de travail ont remarqué, dans les salles communes, les salles de loisirs, les pièces réservées au personnel, etc., un certain nombre de petites cuisines qui étaient très rarement utilisées par les anciens combattants, leur famille ou les bénévoles pour préparer des repas. Or, moyennant une surveillance appropriée, cuisiner constituerait une thérapie aussi valable que travailler le bois ou tisser.

41. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants encourage les établissements à former des « clubs culinaires » pour les anciens combattants intéressés à la préparation des aliments, et à suggérer aux familles et aux bénévoles de réserver les cuisinettes disponibles afin de préparer des repas spéciaux ou des gâteries pour les anciens combattants. Le Ministère devrait faire une contribution raisonnable pour ce qui est de l'équipement des cuisines et payer le coût des aliments utilisés par ces clubs.

Une autre façon de briser la routine des repas d'établissement est de permettre occasionnellement aux anciens combattants et à leurs visiteurs de prendre un repas au restaurant, s'il y en a un sur place, ou de commander un repas de l'extérieur s'ils le préfèrent.

c) Sécurité des anciens combattants

Le moment choisi pour publier le premier rapport du Sous-comité a été déterminé par le feu qui, en juin 1997 dans l'aile Kilgour de l'hôpital Sunnybrook, a coûté la vie à trois anciens combattants et a mené à une accusation d'incendie criminel à l'endroit d'un autre. Plus de 18 mois se sont écoulés et les causes de la tragédie n'ont pas encore été élucidées. La sécurité en général et les plans d'évacuation des salles sont importants pour la protection des anciens combattants et la paix d'esprit de leur famille. Dans toutes les installations qu'ils ont visitées, les membres du groupe ont interrogé les dirigeants concernant leurs plans pour protéger la vie et la santé des anciens combattants en cas de feu ou d'autres sinistres.

Les étages de tous les édifices visités sont divisés en zones d'incendie par des portes coupe-feu censées retarder indéfiniment la propagation horizontale du feu. Par conséquent, l'aspect le plus important du plan de défense est de prévoir l'évacuation rapide, derrière l'un de ces pare-feu, de tous les occupants de la zone affectée. Certains établissements ont essayé de l'équipement spécial comme l'EvacuSled ou ont constaté que les anciens combattants assis sur des chaises pouvaient être glissés jusqu'à un endroit sûr, mais la technique la plus commune est de placer le patient sur une couverture ou un drap et de le tirer sur le plancher. Ce système a l'avantage de faire appel à du matériel facilement disponible, d'être simple à exécuter et de maintenir la personne à évacuer le plus près du sol possible, la protégeant ainsi de la fumée et des chutes. Le désavantage, c'est que deux personnes doivent étendre le patient sur le sol, que les draps risquent de ne pas être assez forts et qu'il est très difficile, voire impossible, pour une personne de traîner un patient lourd sur un sol rugueux.

Les préparatifs d'évacuation à l'aide d'un EvacuSled, qui s'enroule autour du patient et du matelas, sont beaucoup plus longs mais une seule personne peut préparer le patient, faire glisser l'EvacuSled du lit, transporter facilement l'occupant quel que soit le revêtement du sol et même le faire glisser le long d'un escalier. L'inconvénient de ce type d'évacuation réside toutefois dans le fait que le matelas et l'EvacuSled sont très volumineux, sont difficiles à manoeuvrer dans une salle encombrée et doivent être inclinés pour franchir la plupart des portes.

Le Sous-comité s'inquiète du fait qu'on ne réfléchisse pas suffisamment à la planification d'une évacuation totale des installations ni à l'éventuelle nécessité de reloger d'urgence les anciens combattants. Les dirigeants et les responsables de la sécurité des établissements de longue durée et des hôpitaux à étages que le groupe a visités ont assuré ce dernier que, dans l'intervalle nécessaire pour une évacuation horizontale des résidents jusque derrière une porte pare-feu, un grand nombre de policiers et de pompiers seraient arrivés, et les occupants pourraient alors être descendus rapidement.

Beaucoup de résidences et d'hôpitaux sont situés dans des zones sismiques, d'autres sont construits près de voies ferrées ou de grandes autoroutes servant au transport de substances dangereuses et presque tous sont soumis à des conditions météorologiques extrêmes. L'une ou l'autre de ces réalités risque d'influer sur la disponibilité des secours additionnels nécessaires pour l'évaluation verticale et le déménagement des anciens combattants. Le Sous-comité estime que tout hôpital ou établissement de soins prolongés à plusieurs étages devrait préparer un plan et exercer son personnel à effectuer seul l'évacuation verticale des lieux.

42. Le Sous-comité recommande que les normes de soins en résidence d'Anciens Combattants Canada prévoient que les installations à étages soient munies d'un plan et de l'équipement nécessaire pour réaliser, avec le personnel disponible, l'évacuation verticale des lieux.

43. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants évalue l'équipement de sécurité susceptible d'aider un personnel restreint à réaliser une évacuation verticale.

Si la situation exige l'évacuation complète d'un hôpital ou d'un établissement de soins de longue durée, les occupants devront être envoyés dans d'autres institutions. Comme beaucoup d'anciens combattants souffrent à divers degrés de troubles cognitifs, on ne peut présumer que les personnes évacuées seront en mesure de s'identifier, encore moins de fournir à l'institution d'accueil de l'information sur leur alimentation et leurs traitements.

Le groupe de travail a été très impressionné par la carte-fiche conçue par l'hôpital Parkwood à London et adoptée par l'hôpital Sunnybrook à Toronto. La carte-fiche identifie l'ancien combattant et ses contraintes alimentaires, et elle sert lors de sorties et d'activités sociales. La carte, qui est gardée au poste, ne contient pas de renseignements sur la maladie du résident, ni sur ses traitements ou médicaments. Il serait toutefois facile d'y ajouter des données médicales d'urgence sous une forme déchiffrable seulement par un hôpital. Gardée près de la porte de la chambre, la carte pourrait accompagner l'ancien combattant durant les évacuations d'urgence.

44. Le Sous-comité recommande que les normes de soins en établissement d'Anciens Combattants Canada exigent que les anciens combattants aient une carte-fiche portant, en code, les données médicales essentielles, pour toute évacuation d'urgence.

d) Mise en oeuvre d'une norme de soins en établissement

Le Sous-comité considère nécessaire et commode d'adopter une norme fédérale de soins en établissement pour les anciens combattants. Des organismes comme le Conseil canadien d'agrément des services de santé mettent constamment à jour les normes de soins et inspectent les établissements qui demandent une accréditation. Le ministère des Anciens combattants devrait étudier ces normes et les adopter comme condition à la signature d'un contrat établissant des lits prioritaires pour les anciens combattants. Une « Charte de l'ancien combattant », incorporant les normes, devrait être rédigée pour chaque type d'établissement.

L'accréditation en bonne et due forme, et le respect de la Charte, devraient ensuite faire partie des ententes signées entre le Ministère et l'hôpital ou établissement de soins prolongés.

45. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants fasse de l'accréditation accordée par l'organisme national pertinent une condition du placement des anciens combattants dans un hôpital ou un établissement de soins prolongés.
46. Le Sous-comité recommande la rédaction d'une « Charte de l'ancien combattant » énonçant les autres normes que l'hôpital ou l'établissement de soins prolongés doit respecter. Il recommande en outre que les conditions de cette charte figurent dans l'entente entre le Ministère et l'établissement de santé.

L'inscription de la Charte dans les ententes avec les établissements exigera de ces derniers un degré d'autonomie par rapport aux pouvoirs sanitaires régionaux ou locaux. Le groupe de travail a été impressionné par l'autonomie dont jouit le Centre pour établir ses priorités, comme le droit d'abandonner les repas réchauffés au profit d'une cuisine faite sur place.

47. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants négocie avec chaque province une entente accordant aux hôpitaux et établissement de soins prolongés qui accueillent plus de cinquante anciens combattants une certaine autonomie par rapport aux pouvoirs sanitaires régionaux.

Certaines régions du pays ont un besoin pressant de plus de lits prioritaires pour les anciens combattants, ou d'une rénovation des zones accueillant ces derniers. Les pouvoirs sanitaires régionaux ou provinciaux ne considèrent peut-être pas ces dossiers prioritaires ou souhaitent peut-être étaler les travaux sur plusieurs années pour satisfaire leur budget. Le Sous-comité estime que les établissements à contrat avec le Ministère devraient avoir assez d'autonomie pour prendre l'initiative des travaux, si le Ministère est prêt à avancer un part substantielle des fonds nécessaires.

48. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants offre des prêts pour la construction, l'expansion ou la modernisation des installations accueillant des anciens combattants, en répondant en priorité aux besoins les plus urgents.

C. Normes de soins pour l'ancien combattant autonome

a) Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC)

Ce programme est reconnu à juste titre comme l'une des mesures les plus utiles du Ministère depuis la Guerre. C'est aussi l'une des plus rentables, puisque, comme le signale un fonctionnaire du Ministère, il permet de maintenir 7 ou 8 anciens combattants chez eux pour le coût d'un seul à l'hôpital ou dans un établissement de soins prolongés. Cependant, ces

dernières années, la portée du programme a été réduite et le Ministère est devenu plus strict dans l'attribution d'avantages supplémentaires. Le temps est venu d'inverser cette tendance et de chercher des façons d'améliorer la qualité de vie de l'ancien combattant et de son conjoint grâce à ce programme.

- 49. Le Sous-comité recommande que l'amélioration de la qualité de vie de l'ancien combattant et de son conjoint devienne le principe directeur du Programme pour l'autonomie des anciens combattants, au lieu d'être secondaire par rapport aux avantages financiers de la diminution du besoin de placement en établissement.**

Dans certaines régions, il y a déjà de longues listes d'attente pour les lits prioritaires disponibles. Il y a également un risque très réel qu'un part substantielle des 160 000 anciens combattants d'outre-mer qui ont droit à ces lits en réclament. Pour répondre aux pénuries locales de lits, le Ministère tente d'étendre certains avantages du PAAC aux anciens combattants d'outre-mer. Là où les listes d'attente sont longues comme à Victoria, Ottawa et Halifax, le Ministère fera appel au PAAC pour fournir tous les services et avantages nécessaires pour rendre l'attente de l'ancien combattant chez lui soit aussi confortable que possible. Le Sous-comité appuie sans réserve l'extension de certains avantages du PAAC à tous les anciens combattants en attente d'un lit prioritaire, dans le cadre de la recommandation précédente.

Pour avoir une idée de la part des 160 000 anciens combattants d'outre-mer admissibles à un lit qui pourraient faire valoir ce droit, il faudrait les encourager à s'inscrire au Ministère en leur offrant l'accès à certains avantages du PAAC. Ces anciens combattants arrivent maintenant à l'âge où beaucoup sont veufs ou veuves et où leur qualité de vie est de plus en plus menacée. Pour conserver cette qualité de vie et éviter le placement en établissement, bon nombre d'entre eux auront besoin d'aide. Depuis leur service outre-mer, ces anciens combattants n'ont rien demandé au ministère des Anciens combattants. Il est temps de leur offrir quelque chose en retour de leur service. Par le ministère des Anciens combattants, le gouvernement du Canada a étendu certains avantages du PAAC aux anciens combattants ayant servi au Canada. Le Sous-comité estime que le gouvernement devrait maintenant admettre les anciens combattants d'outre-mer au programme.

- 50. Le Sous-comité recommande que le gouvernement du Canada prenne des mesures pour étendre certains avantages du Programme pour l'autonomie des anciens combattants aux anciens combattants d'outre-mer admissibles à un lit prioritaire et dont l'autonomie est menacée.**

Il peut être très coûteux pour le conjoint ou le proche d'un ancien combattant de lui rendre visite régulièrement. De plus en plus d'établissements font payer le stationnement pour lever des fonds. Le Sous-comité estime qu'on devrait rembourser les visiteurs fréquents des coûts raisonnables du stationnement à l'établissement.

51. Le Sous-comité recommande que le Programme pour l'autonomie des anciens combattants rembourse les frais du stationnement du conjoint ou du membre de la famille qui rendent régulièrement visite à un ancien combattant pensionnaire d'un établissement de soins.

Dans tous les hôpitaux et établissements de soins prolongés que le groupe de travail a visités, il y a des anciens combattants que le conjoint ne peut visiter qu'au prix d'un long voyage. S'il y avait des possibilités de logement pour ces visiteurs, ceux-ci pourraient passer plus de temps auprès de l'ancien combattant. Idéalement, une visiteuse pourrait séjourner dans le maison de l'épouse d'un autre ancien combattant pensionnaire ou patient de l'établissement. Le PAAC pourrait rembourser aux épouses qui habitent hors de la ville des frais raisonnables en sus du coût du transport en commun. Le Ministère devrait considérer la possibilité de faire appel à ce programme pour encourager les établissements à organiser du logement pour les conjoints en visite qui doivent passer la nuit hors de chez eux, peut-être en offrant des frais de subsistance modestes.

52. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants utilise le Programme pour l'autonomie des anciens combattants pour rembourser les frais de déplacement des conjoints de l'extérieur qui visitent un ancien combattant en établissement et, quand cela est nécessaire et souhaitable, rembourser les frais de séjour.

b) Solutions originales au logement

Le coût, par personne, des avantages du PAAC pour les anciens combattants d'outre-mer en attente d'un lit en établissement sera considérable. L'espérance de vie des anciens combattants qui ont atteint 80 ans ne dépasse pas quelques années, facteur qui augmentera le coût annuel, par bénéficiaire, de la rénovation de leur domicile. Le coût des communications téléphoniques un peu partout, à des fins de traitement, et d'autres d'autres services nécessaires pour garder les anciens combattants chez eux milite également en faveur de nouvelles solutions. Enfin, l'idée d'étendre les avantages de base du PAAC aux anciens combattants d'outre-mer qui attendent un lit est fondée sur la supposition que l'épouse accepte d'avoir presque entièrement charge de son conjoint, et continuera de pouvoir accepter cette responsabilité. Cela continuera d'être vrai dans certains cas, mais les épouses qui prodiguent des soins faiblissent elles aussi avec l'âge.

Une option originale face à la mise en établissements ou à la rénovation de la résidence consiste à construire des unités de logement adapté, de concert avec le secteur privé, les provinces, les hôpitaux locaux et les établissements de soins prolongés. Ce type de logement répondrait aux besoins des anciens combattants de plus en plus handicapés physiquement et mentalement, et des épouses qui auront de plus en plus besoin d'aide pour prendre soin de leur conjoint à la maison. Les unités de logement s'intégreraient à un hôpital ou un établissement polyvalent de soins prolongés intéressés à développer une clinique externe.

53. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants entreprenne, à titre de projet du millénaire la construction d'au moins deux « îlots » expérimentaux d'habitations destinées aux anciens combattants âgés et à leur conjoint dans les régions du pays où les listes d'attentes sont longues et devraient encore s'allonger.

Le Comité envisage un nombre restreint d'unités à deux chambres, peut-être quatorze, disposés autour d'une aire commune clôturée et suffisamment grande pour inclure des jardins, des espaces verts, des sentiers et une terrasse couverte. Chaque unité ouvrirait sur les jardins et disposerait d'une petite cour privée. Évidemment, les unités seraient pleinement accessibles aux fauteuils roulants et aménagées pour faciliter au maximum les soins à un handicapé. Certaines unités seraient aménagées pour permettre aux déments de se déplacer en toute sécurité.

Idéalement, les îlots seraient situés sur le terrain d'un établissement de soins prolongés afin de tirer profit au maximum de ses programmes de jour et de relève, et des cliniques externes. Ainsi, les îlots favoriseraient la qualité de vie de l'ancien combattant et de son conjoint. À celui qui est habitué à l'autonomie, cette unité présente les avantages d'une maison; au conjoint, elle offre l'avantage de l'accès immédiat aux soins infirmiers et médicaux, et, au besoin, aux activités de jour et de relève. Pour l'ancien combattant et son conjoint, ces unités offriraient la proximité d'autres anciens combattants en couples, et des possibilités sociales et récréatives.

Pour le Ministère, le financement des ces unités de logement ne serait pas nécessairement onéreux. D'autres ministères fédéraux peuvent participer à la conception; l'entreprise privée et les organismes de charité peuvent contribuer au financement de la construction, tandis que les provinces et les pouvoirs sanitaires locaux peuvent participer aux coûts d'exploitation. L'utilisation de terrains appartenant déjà aux hôpitaux ou aux établissements polyvalents réduirait les coûts d'immobilisation, tandis que le loyer défrayé par les anciens combattants au prix courant rembourserait l'hypothèque.

Voici quelques avantages des îlots d'habitations pour le Ministère. On évite, ou au moins on diffère le coût d'un lit en établissement. Le coût des avantages et des services en vertu du PAAC est bien moindre : il n'y aurait pas de déboursé pour la rénovation d'un domicile; les dépenses courantes pour le ménage l'entretien, le transport, le traitement médical, etc. seraient réduits par la concentration des anciens combattants à proximité d'un établissement de soins.

Les îlots d'habitations pour anciens combattants présentent également des avantages pour les pouvoirs sanitaires locaux et les provinces. Durant les prochaines décennies, le Canada fera face à une crise du logement pour les personnes très âgées. Avant que les îlots arrivent à la fin de leur vie utile, la population des anciens combattants se sera résorbée et les unités de logement non habitées par les conjoints pourront être offertes à d'autres clientèles âgées. Ainsi, ces habitations, d'abord destinés aux anciens combattants âgés et à leur conjoint autonome, aideront par la suite les gouvernements locaux à répondre aux besoins des *baby boomers* vieillissants.

La construction des îlots d'habitations aura des retombées économiques immédiates. Le modèle devrait s'étendre le plus rapidement possible aux autres localités où les lits prioritaires pour anciens combattants sont en demande et où la province ou l'autorité sanitaire régionale fait du logement pour les aînés une priorité. Dans ces circonstances, le Ministère pourrait envisager un partenariat avec les pouvoirs sanitaires locaux ou le secteur privé pour la construction des habitations en échange d'un accès prioritaire des anciens combattants à certaines unités.

2. Un réseau de 4082 lits et de 76 établissements

Comme on l'a dit, le transfert aux provinces de la responsabilité des soins des anciens combattants en établissements a eu plusieurs conséquences fâcheuses :

- le ministère des Anciens combattants ne voit plus ces établissements comme un tout et comme un réseau national dispensant des soins de santé aux anciens combattants dans tout le pays;
- certains établissements font un bon travail, un travail parfois créateur, face aux problèmes occasionnés par une population vieillissante d'anciens combattants, mais les directions d'établissement et les professionnels ne sont pas en mesure de mettre leurs expériences en commun et des profiter des solutions les plus fructueuses.

En conséquence, chaque établissement fait face seul aux problèmes particuliers du vieillissement des anciens combattants, et si la direction et le personnel n'abandonnent pas la recherche d'une solution par manque de temps et d'argent, ils doivent souvent « réinventer la roue ». Cet isolement touche même les établissements d'une même province : les hôpitaux et les centres de soins prolongés comptant une population considérable d'anciens combattants relèvent rarement du même pouvoir régional.

Il est urgent de rompre cet isolement et de fournir plusieurs façons à la direction et aux professionnels de se réunir et d'échanger de l'information. Nous estimons que le Ministère réapprenne à voir comme un tout les établissements qui accueillent les anciens combattants, qu'il s'agisse d'un foyer communautaire logeant un seul ancien combattant ou un établissement polyvalent qui en compte des centaines.

Le Ministère devrait commencer cette démarche en organisant dans tout le pays une série de conférences sur les soins des anciens combattants en établissement. Des conférences régionales destinées aux directions d'établissement pourraient porter sur des questions d'intérêt commun dans les soins aux anciens combattants et évaluer l'utilité de canaux de communication permanents entre professionnels ayant les mêmes intérêts.

Cependant, des conférences régionales régulières seraient un moyen coûteux d'établir des communications quotidiennes; c'est encore plus vrai des conférences nationales. Un bulletin d'information régulier a du mérite mais la rédaction des articles, l'édition du bulletin et sa lecture prennent du temps.

De plus en plus, les vidéoconférences remplacent les rencontres et les consultation en personne, et donnent aux régions éloignées un accès à l'expertise des grandes villes. Le Ministère utilise déjà les vidéoconférences pour l'attribution des pensions. Le même outil pourrait être adapté pour permettre une consultation entre médecins du ministère à l'hôpital Sainte-Anne et infirmières d'un établissement de soins prolongés.

On a créé Internet pour établir et maintenir des contacts réguliers entre professionnels occupés, ayant des intérêts particuliers et oeuvrant dans des institutions de haut niveau. Le Sous-comité envisage un réseau de soins aux anciens combattants accessible à tous les établissements concernés; il permettrait à un foyer communautaire pour personnes âgées du nord de la Colombie-Britannique de discuter de thérapie pour un ancien combattant souffrant de névrose post-traumatique avec le personnel de l'hôpital Sainte-Anne en banlieue de Montréal, ou de demander quelle est la disponibilité des « coussins de hanche » avec les inventeurs à Camp Hill en Nouvelle-Écosse.

Le réseau contiendrait plusieurs sites Web organisés comme des salles de discussion (*chat room*) sur un sujet donné. Le personnel partout au pays pourrait exposer un problème et profiter de l'expérience des autres. Une fois la solution trouvée, on pourrait l'afficher en permanence. Les salles de discussion pourraient disposer d'un modérateur, qui serait un professionnel d'un établissement différent, et qui mettrait le site à jour à partir des questions et réponses les plus fréquentes.

Les experts du Ministère à Charlottetown et à Sainte-Anne-de-Bellevue pourraient être invités à participer, ainsi que des représentants des universités intéressées. On pourrait demander à l'occasion à un spécialiste parmi le personnel de préparer un colloque interactif sur un problème ou un projet de recherche particulier.

S'ils étaient bien organisés et bien exploités, ces sites Web permettraient d'atteindre un équilibre exceptionnel entre la recherche universitaire et la technologie d'une part, et l'expérience quotidienne d'autre part. Les visites d'information effectuées dans divers établissements du pays ont fait découvrir au Sous-comité qu'il existe une somme de connaissances et d'expérience à partager dans les domaines suivants.

Administration et politique

- Comment gérer les listes d'attente
- Le choc du futur : la population locale des anciens combattants ayant servi outre-mer a droit à des lits prioritaires pour anciens combattants
- Après avoir donné à la collectivité, que l'ancien combattant puisse profiter de ses ressources
- Conception des bâtiments et rénovation des locaux. Quels types de construction et de rénovation conviennent le mieux et sont les plus efficaces pour les personnes âgées et celles qui ont des besoins particuliers?

Formation du personnel

- Apprendre au nouveau personnel à respecter les contributions spéciales que les anciens combattants ont faites à leur pays et à comprendre pourquoi ils ont des droits particuliers
- Rehausser les compétences du personnel, régulièrement et sur place

Médecine gériatrique et programmes destinés aux établissements de soins de longue durée

- Traitements et programmes destinés aux anciens combattants ayant de longs antécédents d'abus d'alcool
- Traitement et rééducation des patients atteints de troubles cognitifs
- Traitement des anciens combattants violents ou potentiellement violents

Services alimentaires

- Gestion des problèmes concernant les repas réchauffés
- Coûts comparatifs des repas réchauffés et des repas préparés sur place en grandes quantités
- Rôties du petit déjeuner
- Clubs de repas pour remplacer à l'occasion la restauration collective par de la cuisine familiale
- Adaptation des repas et des boissons aux besoins des patients atteints de dysphagie

Mesures de sécurité et d'urgence

- Évacuation latérale et verticale des lieux
- Matériel d'urgence pour faciliter l'évacuation rapide des grabataires
- Plan de mesures d'urgence en cas de catastrophe : actuellement, la planification et la formation du personnel semblent fondées sur l'hypothèse selon laquelle le personnel existant obtiendra rapidement une aide massive des services de police et d'incendie. Cette hypothèse ne tiendrait pas en cas d'un événement majeur (tempête de verglas, inondation, blizzard, séisme, forte explosion, etc.) qui paralyserait la circulation routière et mobiliserait les services de police, d'incendie, etc. Qu'a-t-on prévu pour commencer l'évacuation à l'aide des ressources disponibles sur place avant l'intervention massive des services de police et d'incendie?
- Carte-fiche. Peut-on l'améliorer par l'ajout de renseignements médicaux codés?

Loisirs et rééducation

- Tissage
- Zoothérapie
- Jardinage

Bénévoles et visiteurs

- Les bénévoles constituent un élément essentiel de l'équipe de soins, mais ils sont eux-mêmes vieillissants
- Comment recruter de jeunes bénévoles dans les écoles, collèges et universités de la région (le bénévolat pourrait s'inscrire dans les cours de civisme au secondaire, les programmes de sociologie, les études en gériatrie, etc.)

- Les visiteurs risquent d'apporter des cadeaux non recommandés (bonbons à des diabétiques, cigarettes à des cardiaques). Comment inciter les gens à respecter les besoins alimentaires et sanitaires des anciens combattants?

3. Questions administratives

Les dirigeants des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée ont soulevé plusieurs questions administratives que le ministère des Anciens combattants devrait examiner.

a) Consultations

Les résidents des établissements de soins de longue durée ont leur propre médecin de famille, comme bon nombre de clients des hôpitaux. Ces médecins de famille ne sont pas nécessairement rémunérés pour les consultations qu'ils offrent au personnel médical et infirmier qui soigne les anciens combattants ou qu'ils offrent aux familles de ces derniers. Par conséquent, il est normal qu'ils hésitent à offrir de telles consultations. Or, il conviendrait que le personnel des établissements de soins de longue durée profite plus souvent de ces consultations parce qu'il est formé davantage en soins infirmiers qu'en médecine, et que nombre d'anciens combattants dépendent de leurs proches pour décider de leur traitement.

Selon le Sous-comité, l'ancien combattant aurait intérêt à ce qu'il y ait davantage de collaboration et d'échanges d'information entre son médecin de famille, le personnel médical de l'hôpital ou de l'établissement de soins de longue durée où il réside, et sa famille.

54. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants rémunère les médecins de famille pour les consultations qu'ils offrent au personnel médical ou infirmier qui soigne les anciens combattants dans un hôpital ou un centre de soins de longue durée, ou aux proches d'un ancien combattant à qui il revient de décider du traitement de ce dernier.

b) Financement de la formation

L'âge moyen des anciens combattants est de près de 80 ans, et une forte proportion d'entre eux peuvent déjà être considérés comme très âgés. Collectivement, nous avons toutefois très peu d'expérience pour ce qui est de prodiguer des soins à un grand nombre de personnes très âgées. La prestation des soins aux personnes âgées et très âgées commence à peine à être reconnue comme spécialisation dans le domaine des soins infirmiers. Par conséquent, il existe peu de programmes de formation pour initier le personnel aux soins de longue durée des personnes âgées et l'aider à se perfectionner dans le traitement des problèmes particuliers des personnes âgées tels que la démence.

Alors que les dirigeants des hôpitaux que le groupe de travail a visités ont fait état du besoin de faire plus de recherche sur l'incidence d'une population grandissante de personnes très âgées au 21^e siècle, et les dirigeants des établissements de soins de longue durée partout au

pays ont insisté sur le besoin de pousser la formation : formation de base à l'intention du personnel sans formation ou inexpérimenté; perfectionnement pour faire le point sur les progrès en matière de traitements et de techniques; et formation spécialisée concernant des problèmes particuliers. Ces établissements sont déjà à court de personnel et ne peuvent se permettre de remplacer le personnel en formation.

Conscient qu'il faut assurer les meilleurs soins possible aux anciens combattants, le Sous-comité est d'avis que le ministère des Anciens combattants devrait aider à financer la formation et produire, à l'hôpital Sainte-Anne, des vidéos et des documents de formation sur les problèmes de comportement propres aux anciens combattants. Il faudrait autant que possible s'attacher à produire des modules de formation pratique d'une durée relativement courte, de deux heures environ, dont chacun serait offert dans l'établissement même dans le cadre d'un déjeuner prolongé ou à la fin d'un quart.

55. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants offre aux centres de soins de longue durée une aide financière pour améliorer la formation du personnel infirmier préposé aux anciens combattants. Cette aide devrait tenir compte du coût de remplacement du personnel en formation;

56. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants établisse un répertoire des cours et du matériel de formation recommandés sur la prestation des soins aux personnes âgées et très âgées, et sur des sujets connexes; et

57. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants, en consultation avec le personnel professionnel de l'hôpital Sainte-Anne, produise si nécessaire des vidéos et des documents de formation.

c) Facturation adressée au Système de comptabilisation des traitements (SCT)

Les anciens combattants vivant en établissement ont toujours droit à certains avantages en vertu du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Dans bien des établissements, on ne sait pas comment facturer au SCT les avantages auxquels les anciens combattants ont droit ou on ne sait pas quoi facturer. Par ailleurs, les établissements de soins de longue durée à niveaux multiples se plaignent de l'inutile lourdeur administrative du SCT concernant la facturation.

Selon le Sous-comité, le SCT fonctionne bien pour ce qui est des prestations versées aux anciens combattants autonomes, mais il faut le rendre plus accessible aux établissements où résident des anciens combattants ayant des droits différents.

58. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants revoit le Système de comptabilisation des traitements (SCT) afin d'en simplifier la facturation par les établissements et qu'il renseigne régulièrement ces derniers sur les avantages facturables.

d) Reconnaissance des bénévoles

Partout au pays, les anciens combattants et les dirigeants d'établissements ont fait l'éloge du travail des bénévoles. Pour les dirigeants d'établissements, la contribution des bénévoles représente un grand nombre d'« heures » et d'« années-personnes ». Ils aident à enrichir la vie de tous les jours des anciens combattants en recueillant des fonds pour leur payer des luxes (et parfois des nécessités), en tenant des cantines, en participant aux programmes d'activités et de loisirs, en accompagnant des anciens combattants en voyage, ainsi qu'en s'occupant simplement d'un d'entre eux ou en écoutant ce qu'il a à raconter. Au sujet des répercussions des coupures d'effectifs, un ancien combattant a dit au groupe de travail : « Les bénévoles méritent une médaille. Sans eux, nous serions en piteux état ».

Le Sous-comité est pleinement d'accord avec l'idée que les bénévoles jouent un rôle important dans la qualité de vie des anciens combattants. Le ministère des Anciens combattants doit tout faire en son pouvoir afin de trouver des moyens pour reconnaître leur travail.

TROISIÈME PARTIE

PENSIONS ET AUTRES QUESTIONS

1. Pensions

Il est difficile de surestimer l'importance des pensions et des allocations versées aux anciens combattants. Plus qu'une simple indemnité pour incapacité, la pension est la reconnaissance tangible d'un service rendu ou d'un sacrifice fait pour le pays. Le droit à la pension prend encore plus d'importance à mesure que les anciens combattants avancent en âge, parce que les prestations aux survivants sont établies en fonction d'un pourcentage du montant de la pension versée au moment du décès. Il est donc naturel pour les anciens combattants qui sont presque octogénaires de s'inquiéter et de se demander si à leur décès, leurs conjoints, qui ont pris soin d'eux pendant les 50 dernières années et plus, auront droit à une pension suffisante pour subvenir à leurs besoins.

Ils ont raison de s'inquiéter puisque sur un total d'environ 400 000 anciens combattants, seulement 68 000, c.-à-d. 17 p. 100, ont droit à une pension d'invalidité. La grande majorité des anciens combattants à la retraite reçoivent de très modestes pensions et n'auront pas grand chose à laisser à leurs conjoints en terme de prestations aux survivants. Cette situation leur cause énormément de souci et affecte leur qualité de vie.

Le graphique suivant, qui est tiré du Rapport du vérificateur général du Canada de décembre 1998 et porte sur les pensions d'invalidité des anciens combattants, illustre la répartition des bénéficiaires de pensions d'invalidité selon leur degré d'invalidité. La ligne continue représente les anciens combattants de la Première Guerre mondiale, de la Deuxième Guerre mondiale et de la guerre de Corée, tandis que la ligne pointillée représente les retraités des Forces canadiennes.

Le graphique montre que le pourcentage d'invalidité de la grande majorité des anciens combattants et des retraités des Forces canadiennes est très faible; près des deux tiers d'entre eux ont en effet un degré d'invalidité évalué à 25 p. 100 ou moins. La pointe prononcée entre 45 et 55 p. 100 d'incapacité est attribuable au fait que le conjoint survivant d'un ancien combattant dont l'incapacité est évaluée à 48 p. 100 et plus a droit à la pleine pension de survivant, tandis que les survivants d'un ancien combattant dont l'incapacité est évaluée à 47 p. 100 et moins reçoivent une pension proportionnelle équivalant à la moitié du degré d'incapacité. La deuxième pointe à 95 p. 100 d'incapacité s'explique par les prestations supplémentaires auxquelles ont droit ceux dont l'incapacité est jugée exceptionnelle.

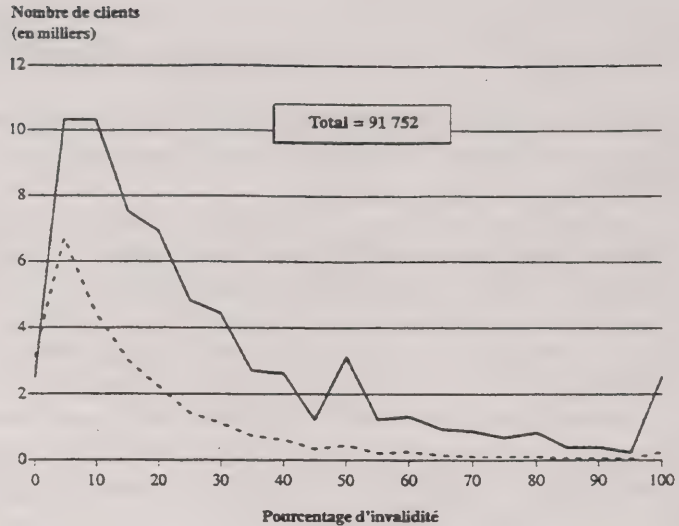
Pièce 23.4

Répartition des bénéficiaires de pensions d'invalidité par pourcentage d'invalidité, au 31 mars 1998

En 1997-1998, 1 767 clients du programme des pensions ont reçu des prestations qui n'étaient pas liées à des invalidités, par exemple des prestations à titre de prisonnier de guerre ou des indemnités de commisération. Ces clients ne sont pas inclus dans les répartitions selon le pourcentage d'invalidité.

— Service de guerre
- - - Forces canadiennes

Source : Anciens Combattants Canada –
Division de la planification intégrée



Source: Rapport du vérificateur général du Canada, Chapitre 23 Anciens Combattants Canada – Les pensions d'invalidité, décembre 1998.

Le Sous-comité trouve ces données inquiétantes et éloquentes. Elles sont inquiétantes parce que même s'il y a une grande différence d'âge entre les anciens combattants et les retraités des Forces canadiennes, la courbe d'incapacité des jeunes retraités est presque identique à celle des anciens combattants plus âgés. Pourtant, bien des incapacités ouvrant droit à pension s'aggravent avec le temps et le degré d'invalidité évalué devrait être rajusté à la hausse à mesure que le retraité avance en âge. Or, selon le graphique, le degré d'invalidité des anciens combattants qui sont presque octogénaires, n'est pas beaucoup plus élevé que celui des retraités des Forces canadiennes. Pourquoi? Certains anciens combattants ayant servi pendant la guerre commencent à croire que tout le système d'attribution des pensions est discriminatoire à leur endroit.

Le Sous-comité a examiné deux possibilités : discrimination non intentionnelle à l'égard des anciens combattants ayant servi pendant la guerre parce que ceux-ci sont moins enclins à exercer des pressions pour faire rajuster leur degré d'invalidité à la hausse et ont plus de difficulté à établir un lien entre leur incapacité et leur service militaire en raison de la pauvreté des archives encore existantes et de la tendance à attribuer l'aggravation de leurs blessures à l'âge plutôt qu'à leur service militaire.

Les anciens combattants appartiennent à une génération marquée par le respect de l'autorité et sont, de ce fait, réticents à demander « plus que leur juste part ». Ils ont servi dans des situations d'urgence nationale, à une époque où il était peu prioritaire de signaler systématiquement toutes les blessures et de tenir de bons dossiers. Les blessures non susceptibles de mettre la vie en danger ont pu ne pas être signalées sur la ligne de front et, dans la hâte qui a marqué la démobilisation de dizaines de milliers de soldats, ne l'ont jamais été non plus au moment du retour à la vie civile. En conséquence, il est difficile aux anciens

combattants ayant servi pendant la guerre d'établir un lien entre bon nombre des affections médicales dont ils souffrent et leur service militaire. À cet égard, la situation du personnel militaire dans la période qui a suivi la guerre de Corée est tout à fait différente. Plus jeunes et plus prompts à contester l'autorité à cause de la culture dans laquelle ils ont été élevés, ces militaires ont l'instruction et la finesse nécessaires pour exercer des pressions afin d'obtenir la pleine reconnaissance de leurs droits. Parce qu'on a pris conscience de l'importance de pouvoir établir un lien entre les affections médicales et le service militaire longtemps après le fait, la tenue de dossiers est devenue beaucoup plus rigoureuse et détaillée au cours des 50 dernières années.

Le Sous-comité a établi le tableau suivant à partir des renseignements qu'il avait demandés : taux d'approbation des premières demandes par Anciens Combattants Canada par catégorie de service et taux d'approbation à la suite de décisions de révision et d'appel rendues par le Tribunal des anciens combattants [révision et appel].

**Taux d'approbation par catégorie de service et par palier de décision :
première demande, révision et appel**

Type d'affection	Anciens combattants ayant servi pendant la guerre			Forces canadiennes		
	1 ^{re} demande	Révision	Appel	1 ^{re} demande	Révision	Appel
Toutes les affections	58 %	52 %	22 %	35 %	54 %	19 %
Perte auditive	77 %	55 %	27 %	42 %	41 %	15 %
Arthrite	20 %	38 %	19 %	18 %	53 %	19 %
Problèmes liés à colonne vertébrale (à l'exclusion de ceux liés à la moelle épinière)	19 %	43 %	11 %	20 %	56 %	16 %
Troubles psychologiques (y compris le syndrome de stress post-traumatique et la psychonévrose)	49 %	50 %	27 %	10 %	42 %	23 %

Le tableau montre que les anciens combattants ayant servi pendant la guerre ont plus de chance d'obtenir une décision favorable à la suite d'une première demande que le personnel des Forces canadiennes, mais que par la suite, les taux sont comparables pour les paliers de révision et d'appel des décisions relatives aux pensions.

Les taux d'approbation pour certaines affections dont l'aggravation est prévisible évoluent conformément au modèle attendu. Les anciens combattants qui déclarent avoir subi une perte auditive ont beaucoup plus de chances de voir leurs demandes approuvées à tous les paliers que le personnel des Forces canadiennes. C'est également vrai pour les déclarations de troubles psychologiques (syndrome de stress post-traumatique et psychonévrose pour la plupart), mais c'est le contraire dans le cas des affections comme l'arthrite et les problèmes liés à la colonne vertébrale (à l'exclusion de ceux liés à la moelle épinière). Dans les décisions prises concernant ces affections, les demandeurs plus jeunes ont effectivement plus de chances de recevoir un accueil favorable que les anciens combattants ayant servi pendant la guerre.

Le Sous-comité croit que l'anormalité apparente des degrés d'invalidité des anciens combattants et du personnel des Forces canadiennes et des taux d'approbation des demandes de pension pour certaines incapacités mérite un examen attentif, et qu'il faudrait y faire participer des représentants d'organisations d'anciens combattants.

- 59. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants et le Tribunal des anciens combattants [révision et appel] forment un comité pour se pencher sur l'existence possible d'une discrimination systémique dans le processus de décisions relatives aux pensions et invitent des représentants des organisations d'anciens combattants à participer à l'étude en question.**

Le Sous-comité croit qu'il est temps d'arrêter d'attribuer en partie la détérioration de l'état de santé des retraités au vieillissement. Conformément aux usages actuels, un ancien combattant dont le degré d'incapacité est évalué à 50 p. 100 ne reçoit pas nécessairement une demi-pension d'invalidité. Il arrive trop souvent que l'essentiel de l'incapacité soit attribué au « grand âge » et que l'ancien combattant ne reçoive qu'une petite pension correspondant peut-être à 20 p. 100 du plein montant. De l'avis du Sous-comité, c'est ce qui explique en partie le niveau relativement faible des pensions accordées à la majorité des anciens combattants ayant servi pendant la guerre.

- 60. Le Sous-comité recommande qu'une fois qu'on a reconnu l'existence d'un lien entre une affection et le service militaire, toute détérioration ou aggravation ultérieure soit attribuée aux conditions du service et non à l'âge.**

Depuis bon nombre d'années, les organisations d'anciens combattants et le Sous-comité remettent en question le rôle des conseillers médicaux de l'Administration centrale dans les décisions prises concernant les pensions : leurs interventions semblent toujours être préjudiciables aux intérêts des anciens combattants. En principe, l'une de leurs responsabilités consiste à faire en sorte que l'évaluation des incapacités pour des affections semblables soit uniforme d'un bout à l'autre du pays. Dans les faits, ce que les anciens combattants constatent, cependant, c'est que ces conseillers médicaux sont là pour garder les évaluations à leur plus bas dénominateur commun. Les anciens combattants et les organisations qui les représentent croient que la réputation des conseillers médicaux influe sur l'évaluation préliminaire de l'incapacité. Ainsi, au moment de décider du degré d'invalidité découlant d'une affection médicale, les médecins de district hésitent à suivre leur propre instinct professionnel ou l'avis

d'un médecin de famille. À la place, ils essaient d'anticiper la décision des conseillers médicaux et proposent un niveau d'évaluation faible ou une augmentation graduelle du niveau d'évaluation.

Le Sous-comité croit que le rôle des conseillers médicaux de l'Administration centrale devrait se limiter à rendre compte des tendances observées à l'échelle nationale en ce qui a trait aux évaluations effectuées pour une affection particulière. Il devrait incomber au médecin de district de rendre la décision finale concernant l'évaluation, en consultation avec le médecin de famille ou un spécialiste. Les évaluations individuelles qui s'écartent sensiblement des tendances observées à l'échelle nationale devraient être clairement justifiées.

- 61. Le Sous-comité recommande que la décision finale concernant l'évaluation du degré d'incapacité d'un ancien combattant ou encore d'un membre ou d'un ex-membre des Forces canadiennes soit prise par le médecin de district qui a examiné et interrogé le demandeur, en consultation avec le médecin de famille ou un spécialiste.**

Comme le confirme le Rapport du vérificateur général sur le processus de décisions relatives aux pensions d'invalidité, Anciens Combattants Canada et le Tribunal des anciens combattants [révision et appel] ont tous deux réduit radicalement le délai nécessaire pour rendre une décision concernant une demande à tous les paliers du processus. Dès septembre 1997, ils avaient réussi à réduire non pas de moitié, comme l'avait initialement promis le ministre, mais de plus des deux tiers les délais de traitement des premières demandes et des demandes de révision. Le Sous-comité félicite Anciens Combattants Canada et le Tribunal des anciens combattants [révision et appel] pour cette remarquable réussite.

Dans son rapport d'avril 1997 intitulé « Garder le cap », le Sous-comité dit craindre a priori que l'accélération du traitement des demandes ne donne lieu à des décisions moins réfléchies qui font fi des circonstances particulières à chaque cas. Il prend donc bonne note de la recommandation du vérificateur général à l'effet qu'Anciens Combattants Canada devrait améliorer les services d'aide offerts aux personnes qui préparent leurs déclarations en

- améliorant la qualité des documents d'orientation et des manuels normalisés qui sont utilisés à l'échelle nationale;
- veillant à ce que les nouveaux agents de pensions reçoivent une formation initiale appropriée, en temps opportun;
- examinant à nouveau la répartition de la charge de travail.

- 62. Le Sous-comité fera un suivi des mesures prises par Anciens Combattants Canada pour donner suite à sa promesse d'élaborer un manuel normalisé d'information et de procédure à l'intention du personnel en région ainsi qu'un module de formation à l'intention des agents de pensions.**

Le Bureau de services juridiques des pensions est responsable de la préparation de la quasi-totalité des dossiers faisant l'objet d'une révision et d'un appel. Les membres du Sous-comité ont reçu de nombreuses plaintes selon lesquelles les pressions exercées pour réduire les délais de traitement ne laissent pas suffisamment de temps aux avocats pour bien préparer les

dossiers des anciens combattants et pour bien se préparer eux-mêmes à l'audience. Plutôt que de ralentir le processus de prise de décisions, le Sous-comité est d'avis que le ministère des Anciens combattants devrait engager davantage d'avocats.

- 63. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants autorise le Bureau de services juridiques des pensions à engager suffisamment de personnel pour que les avocats aient le temps de bien étoffer leurs dossiers et de bien les approfondir avant de les présenter devant un comité de révision ou d'appel.**

Le Sous-comité craint que l'amélioration spectaculaire du nombre de décisions favorables et des délais de traitement ne détourne l'attention du niveau très faible d'incapacité généralement reconnu aux anciens combattants. Les anciens combattants eux-mêmes et les organisations qui les représentent ne croient pas que l'on accorde toujours le bénéfice du doute aux demandeurs, que ce soit premier palier ou aux paliers de révision et d'appel. Le Sous-comité est d'avis que le temps est venu de prendre des mesures pour qu'un représentant des anciens combattants et du personnel des Forces canadiennes fasse parti des comités de révision et d'appel du Tribunal des anciens combattants.

- 64. Le Sous-comité recommande que les organisations d'anciens combattants soient représentées au sein de tous les comités de révision et d'appel par un membre de leur choix n'ayant pas le droit de vote.**

2. Autres questions

A. Allocation aux anciens combattants — Quasi-bénéficiaires

Lorsque les anciens combattants bénéficiaires de l'allocation aux anciens combattants atteignent l'âge de la retraite et deviennent admissibles à la Sécurité de la vieillesse et au Supplément de revenu garanti, leur revenu peut facilement dépasser la limite maximale permise. Ils cessent alors de recevoir l'allocation aux anciens combattants. Il se peut toutefois qu'eux-mêmes ou leurs conjoints aient des dépenses importantes à assumer pour l'achat de médicaments d'ordonnance ou non, de fournitures médicales, etc., qui sont tous recommandés par un médecin pour traiter une affection médicale, mais dont les coûts ne sont pas pris en considération dans le calcul de leur revenu. Le Sous-comité croit que ce genre de frais médicaux devraient être exclus du revenu au moment de calculer le montant de l'allocation aux anciens combattants auquel ils continuent d'avoir droit.

- 65. Le Sous-comité recommande que les bénéficiaires de l'allocation aux anciens combattants puissent déduire de leur revenu aux fins de la détermination de leur admissibilité à cette prestation, le coût des médicaments d'ordonnance et autres, de l'équipement médical et des fournitures médicales recommandés par un médecin pour traiter une affection médicale particulière.**

B. Anciens combattants ayant participé à des missions de maintien de la paix

Certains anciens combattants ayant participé à des missions de maintien de la paix ne sont pas traités pour les affections liées à leur service militaire. Les conditions dans lesquelles ils ont effectué leur service militaire et peut-être les raisons pour lesquelles ils y ont mis fin les ont rendus tellement méfiants à l'égard des autorités gouvernementales qu'ils ne chercheront pas à obtenir de l'aide auprès des organisations gouvernementales en général et du ministère de la Défense nationale et d'Anciens Combattants Canada en particulier. Ces militaires doivent pouvoir discuter de leurs symptômes et des possibilités de traitement offertes en toute confidentialité avec des personnes bien informées et sympathiques en qui ils ont confiance.

Anciens Combattants Canada doit offrir un service de consultation par l'entremise d'une organisation non gouvernementale sans lien de dépendance. Les conseillers du service devraient être au courant de l'existence de centres de traitement fonctionnant indépendamment du gouvernement fédéral de même que des programmes de traitement et d'indemnisation en cas d'invalidité offerts aux anciens combattants. Le Sous-comité est d'avis qu'il serait logique de faire appel à l'organisation nationale d'anciens combattants ayant participé à des missions de maintien de la paix pour diriger ce genre de service et représenter les intérêts de ces anciens combattants devant les organes ministériels.

- 66. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants paie une organisation non gouvernementale pour créer et offrir un service de consultation gratuit à l'intention des anciens combattants ayant participé à des missions de maintien de la paix et en fasse connaître l'existence.**

Anciens Combattants Canada devrait offrir un service gratuit de consultation à domicile à tous les anciens combattants et à leurs conjoints. Ce service fournirait non seulement de l'information sur les prestations et les conditions d'admissibilité aux pensions, mais offrirait un soutien psychologique et social aux anciens combattants à la maison.

- 67. Le Sous-comité recommande que le ministère des Anciens combattants crée un service de consultation gratuit afin d'offrir aux anciens combattants à la maison et à leurs soignants des conseils et un soutien psychologique et social.**

3. Conclusion

Le Sous-comité trouve que son groupe de travail a été extrêmement efficace. Lors de ses visites dans les différents hôpitaux et établissements de soins longue durée, il a reçu un accueil favorable de la part des anciens combattants qui y résident, de la direction des établissements en question et des représentants locaux d'Anciens Combattants Canada. Les rapports sur les différents établissements ont donné au Sous-comité un excellent aperçu des soins de santé offerts aux anciens combattants en établissement. Ces visites devraient se poursuivre.

Des visites de suivi devraient être effectuées dans les établissements déjà visités pour surveiller la mise en oeuvre des recommandations du Sous-comité. Il faudrait aussi visiter les autres institutions comptant au moins 50 anciens combattants.

De plus en plus, les anciens combattants choisissent d'être admis dans des établissements situés près de chez eux et Anciens Combattants Canada répond à leur désir en décentralisant les lits réservés en priorité aux anciens combattants dans les petites collectivités. Plus d'une soixantaine d'établissements hébergent moins de 50 anciens combattants. Il est impossible de faire la tournée de tous ces établissements, mais il faudrait en visiter un certain nombre pour évaluer la capacité d'Anciens Combattants Canada de veiller à ce que les anciens combattants hébergés dans de petits centres reçoivent des soins de niveau comparable et ont accès aux mêmes programmes que ceux résidant dans des établissements où il y a une plus forte concentration d'anciens combattants.

68. Le Sous-comité recommande que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie fasse un suivi du présent rapport en constituant un groupe de travail chargé d'effectuer de nouvelles visites dans les établissements pour faire le point sur la mise en oeuvre des présentes recommandations, évaluer les soins de santé offerts aux anciens combattants dans les petites collectivités et en faire rapport. Le Sous-comité recommande que le directeur des soins en établissement d'Anciens Combattants Canada soit invité à accompagner le groupe de travail à l'occasion de ces visites et que le groupe de travail présente son rapport d'ici un an.

ANNEXE 1

Témoins et particuliers rencontrés au cours de l'étude

Premier rapport, mars 1998

Nom du témoin	Fascicule	Date
M. Ralph Annis Vice-président et président du Conseil d'administration Comités des anciens combattants et des aînés Légion royale canadienne	02	97/12/16
M. Thomas H. Brooks Company of Master Mariners of Canada	02	97/12/16
M. H.C. Chadderton Président Conseil national des associations d'anciens combattants du Canada	02	97/12/16
M. Brian Forbes Secrétaire général honoraire Conseil national des associations d'anciens combattants du Canada	02	97/12/16
M. Ian D. Inrig Secrétaire-trésorier national Les Anciens combattants de l'armée, de la marine et des forces aériennes au Canada	02	97/12/16
M. Ted Keast Directeur adjoint Bureau d'entraide Légion royale du Canada	02	97/12/16
Mme Faye Lavell Directrice, secrétaire nationale Conseil national des associations d'anciens combattants du Canada	02	97/12/16

Mme Muriel MacDonald Merchant Navy Coalition for Equality	02	97/12/16
M. Jim Margerum Président du Comité des anciens combattants (Ontario) Légion royale du Canada	02	97/12/16
M. Gordon Olmstead Président national Merchant Navy Coalition for Equality	02	97/12/16
M. Jim Rycroft Directeur, Bureau d'entraide Légion royale du Canada	02	97/12/16

Le Sous-comité s'est rendu à North York, Sainte-Anne-de-Bellevue et Charlottetown et a tenu des séances à huis clos les 17, 18 et 19 décembre 1997 avec les personnes suivantes :

Au Centre Sunnybrook Health Science, les personnes suivantes ont comparu :

M. Llew Anderson
Résident du Centre SHS, président du
Conseil des anciens combattants et des résidents communautaires

M. Tom Brent
Président du Conseil d'administration

M. Tom Closson
Président directeur général

M. Ian Douglas, C.M., c.r.
Administrateur émérite, membre du
Comité des anciens combattants

D^r Peter Norton
Vice-président (médecine)
Programme sur le vieillissement

M. Arthur Plumb
Résident du Centre SHS, ex-président du
Conseil des anciens combattants et des résidents communautaires

Mme Marilyn Rook
Vice-présidente (opérations)
Programme sur le vieillissement

À l'Hôpital Sainte-Anne à Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec), les personnes suivantes ont comparu :

Mme Judith Cohen
Clinicienne

Mme Thérèse Dufresne
Chef du service diététique

Mme Rachel Corneille Gravel
Directrice de l'hôpital

D^r Bernard Groulx
Service de psychiatrie

D^r Pierre Paquette
Directeur des services professionnels

Mme Suzanne Lalonde
Directrice régionale, Région du Québec
Ministère des Anciens Combattants

À Charlottetown, les représentants suivants du ministère des Anciens Combattants ont comparu :

M. J.D. Nicholson
Sous-ministre

M. Dennis Wallace
Sous-ministre adjoint
Services des anciens combattants

M. Darragh Mogan
Directeur général
Direction générale des soins de santé

Mme Debbie Gallant
Membre de projet
Examen des besoins de santé des anciens combattants

M. John Conlin
Directeur de district
Bureau régional de Toronto

M. Simon Coakeley
Directeur général
Projet du transfert de Sainte-Anne

Rapport, février 1999

Nom du témoin	Fascicule	Date
M. H. Clifford Chadderton Président Conseil national des associations d'anciens combattants du Canada	11	98/06/09
M. Brian Forbes Secrétaire général honoraire Conseil national des associations d'anciens combattants du Canada	11	98/06/09
M. Jim Rycroft Directeur, Bureau d'entraide Légion royale canadienne	11	98/06/09
M. Jim Margerum Président, Comité des anciens combattants (Ontario) Légion royale canadienne	11	98/06/09

Le Sous-comité a rencontré les personnes suivantes lors de ses visites à divers établissements du pays :

Juin 1998

Le Centre de santé Perley et Rideau pour anciens combattants

M. Andrew Fenus, vice-président, conseil d'administration
Colonel (à la retraite) Fred Hannington, administrateur
Colonel (à la retraite) Murray Johnston, administrateur
Colonel (à la retraite) John Gardam, président, Comité de liaison des anciens combattants
M. Greg Fougère, président-directeur général
M^{me} Janet Morris, adjointe du directeur général

Novembre 1998

Deer Lodge Centre, Winnipeg (Manitoba)

M. Tim Duprey, premier dirigeant
M^{me} Margo Christie, directrice des soins

M^{me} Nykola Dubenski, Relations publiques
M. Kevin Scott, directeur, Services de loisirs
M^{me} Pam Robb, directrice, Travail social
D^r David Murray, directeur médical
M. Frank Krupka, directeur, Services de diététique
M. John Walker, directeur, Système de soins de santé, Anciens Combattants Canada
M^{me} Diane Petersen-Razos, Directrice, District du Manitoba, Anciens Combattants Canada
M. Larry Bredeesen, adjoint du directeur général régional, région des Prairies, Anciens Combattants Canada

Colonel Belcher Veterans Care Centre, Calgary (Alberta)

M^{me} Lynne Mansell, principale administratrice des opérations
M^{me} Mary Sangha, chef administratif
M^{me} Cynthia Watson, gestionnaire, Programmes et Services
Des résidents

The Lodge at Broadmead, Victoria (C.-B.)

M. Bruce Goldsmith, premier dirigeant
M^{me} Peggy Mika, vice-présidente, conseil d'administration de la Tillicum and Veterans Care Society, qui exploite le TLAB
M. Merv Dutchak, directeur des installations
M^{me} Gloria Parker, directrice des soins
M. Andrew Butler, gestionnaire régional et médecin hygiéniste de la vallée du Fraser, Thompson et West Kootenay
M^{me} Martha McDougall, directrice, Services communautaires et modes de vie
M. Ken Parkinson, directeur de district, Anciens Combattants Canada

Brock Farhni Pavilion, Vancouver (C.-B.)

M^{me} Bev Inglis, infirmière-gestionnaire
M^{me} Eileen Kosarek, travailleuse sociale
M^{me} Manorma Bhate, diététicienne
M. Graham Williams, directeur de district, Vancouver, Anciens Combattants Canada

George Derby Centre, Burnaby (C.-B.)

M^{me} Janice Mitchell, administratrice
M^{me} Janet Neil, gestionnaire d'unité (soins directs)
M^{me} Noreen Donnelly, directrice, Services des loisirs et des bénévoles
M^{me} Haria Soares, directrice, Services de soutien
M. Graham Williams, directeur de district, Vancouver, Anciens Combattants Canada

Décembre 1998

Parkwood Hospital, London (Ontario)

M^{me} Anne Hubbell, présidente du conseil d'administration

M. Michael Boucher, vice-président
M^{me} Jill MacLean, directrice, Programme des soins aux anciens combattants
M^{me} Maggie Gibson, psychologue, Programme des soins aux anciens combattants
M^{me} Nancy Bowers Ivanski, spécialiste, Thérapie récréative
Mme Beth Schroeder, Relations avec les patients
Mme Deb McKinley, Services alimentaires et nutritionnels
M. Bob Shirrefs, président, Conseil des résidents

**Sunnybrook & Women's College Health Sciences Centre (campus Sunnybrook),
North York (Ontario)**

M^{me} Kerry Marshall, présidente-directrice générale par intérim
M^{me} Anne Morris, directrice des opérations, Soutien physique et cognitif
D^r Evelyn Williams, directrice, Soins de longue durée, et directrice médicale, Soutien physique, Unité des services aux patients
MM. J. Ross LeMesurier et Ian Douglas, membres du comité des anciens combattants du conseil d'administration
M. John Conlin, directeur de district, Anciens Combattants Canada
M. Llew Anderson, résident, président du comité des anciens combattants
M. Arthur Plumb, résident, ancien président du comité des anciens combattants

Janvier 1999

Camp Hill Hospital du QE II Health Sciences Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse)

D^r Barry Clark, directeur, Soins de longue durée
M^{me} Helen Cameron, coordonnatrice, Centre des personnes âgées
M^{me} Deborah Vanderwater, directrice, Soins infirmiers
M^{me} Shirley MacIntosh, directrice, Services alimentaires
M. Jim Clark, directeur, Sécurité et incendies
M. Andrew Ritcey, directeur, Services de loisirs

Le Sous-comité s'est également rendu à Charlottetown, à l'Île-du-Prince-Édouard, où il a rencontré les fonctionnaires suivants du ministère des Anciens Combattants :

M. J. D. Nicholson, sous-ministre
M. Brian D. Ferguson, sous-ministre adjoint, Services des anciens combattants
M. Darragh Mogan, directeur général, Direction générale des soins de santé
M^{me} Orlanda Drebit, directrice, Services de santé
M. Bob Atkinson, directeur général, Gestion de la transition, et chef de projet, Examen des besoins des anciens combattants en matière de soins
M. John Walker, directeur, Systèmes de soins de santé
M^{me} Sandra Gaudet, directrice générale, Coordination des programmes
M^{me} Judith Holman, rédactrice
M^{me} Doris Boulet, directrice générale, Direction générale des prestations
M. Bernard Butler, directeur, Pensions et services opérationnels
M. Brian Chambers, président, Tribunal des anciens combattants (révision et appel)

M^{me} Dale Sharkey, directrice générale, Tribunal des anciens combattants (révision et appel)
M. John Brehaut, conseiller spécial, Tribunal des anciens combattants (révision et appel)
M^{me} Patsy Bolger-Gallant, agent principal de communications

ANNEXE 2

Recommandations du premier rapport

Le Sous-comité recommande :

Qu'Anciens Combattants Canada veille à informer tous les fournisseurs de services provinciaux et communautaires que les anciens combattants ont droit, en vertu de la législation fédérale ou de contrats fédéraux passés avec le système provincial de soins de santé ou avec les établissements, de recevoir en priorité des services et des prestations additionnels.

Qu'Anciens Combattants Canada prépare un document de travail énonçant en termes concrets les conclusions à tirer des études qu'il a réalisées sur l'avenir des soins de santé dispensés aux anciens combattants. Le document devrait :

- contenir une analyse démographique des tendances relatives au vieillissement et à la perte d'autonomie;
- évaluer l'intensification de la pression sur les programmes, qui peut se produire à mesure que les anciens combattants ayant servi outre-mer et ne tirant actuellement aucune prestation avancent en âge et perdent de l'autonomie;
- être élaboré sans retard et communiqué dans les meilleurs délais aux organisations d'anciens combattants et au Sous-comité.

Qu'Anciens Combattants Canada adopte une approche intégrée face aux besoins de soins de santé du conjoint d'un ancien combattant gravement handicapé, dans les années qui suivent le décès ou le placement permanent de l'ancien combattant.

Que le Ministère publie, à l'intention des établissements de soins de longue durée, une norme fédérale détaillée leur indiquant comment répondre aux besoins des anciens combattants en leur assurant des soins de même niveau, sinon meilleurs, que ceux qui leur étaient fournis avant que le Ministère cède ses établissements aux provinces. Les dispositions devront être rédigées en termes simples, peu importe qu'elles traitent des résultats obtenus auprès des patients ou des heures de soins consacrées quotidiennement à chaque bénéficiaire.

Que les normes susmentionnées précisent que toutes les ailes consacrées aux soins aux malades chroniques et aux soins palliatifs avec lesquelles le Ministère a conclu des ententes pour la réservation de lits pour des anciens combattants soient équipées d'un système d'extinction d'incendie.

Que le Ministère négocie avec les provinces des accords de transfert à jour qui tiennent compte des normes ministérielles susmentionnées.

Que le Ministère fasse des visites officielles aux établissements où vivent des anciens combattants au moins deux fois par année et que ses fonctionnaires fassent des visites informelles aussi souvent que possible.

Que le Ministère prenne immédiatement sur lui de trouver une solution pour fournir des lits électriques aux anciens combattants hospitalisés dans l'aile K de l'hôpital Sunnybrook.

Que le Ministère examine la taille des effectifs à l'aile Kilgour avec les autorités de l'hôpital Sunnybrook et veille à ce que ceux-ci soient suffisants pour satisfaire aux besoins des anciens combattants qui y sont hospitalisés.

Que, dans le cadre des normes évoquées plus haut, le Ministère veille à ce qu'un fort pourcentage du personnel infirmier affecté aux soins des anciens combattants atteints de troubles cognitifs détienne des titres de compétence afin d'éviter que d'autres infirmières n'ayant aucune formation ou expérience dans ce domaine ne puissent venir prendre sa place.

Que, dans le cadre des normes évoquées plus haut, le Ministère exige expressément que tous les hôpitaux liés par contrat et ayant des lits pour anciens combattants adoptent des lignes directrices claires et précises quant à la façon d'intervenir lorsque des malades tombent et quant aux situations où il faut faire appel à un médecin pour procéder à un examen physique avant de déplacer les malades en question ou de les remettre dans leur lit, et que tous les membres du personnel soient au courant de ces lignes directrices et s'y conforment.

Que, dans le cadre des normes évoquées plus haut, le Ministère exige expressément que les résidents souffrant de troubles cognitifs et affichant un comportement agressif ne soient pas mêlés à ceux atteints d'une déficience physique ou de troubles cognitifs.

Que le Ministère assure un soutien constant aux programmes psychiatriques et psychogériatriques à l'hôpital Sainte-Anne.

Que le Ministère continue d'appuyer la recherche et le développement à l'hôpital Sainte-Anne dans le domaine des soins alimentaires de pointe pour traiter la dysphagie, et que les hôpitaux liés par contrat au Ministère aient accès aux techniques et aux produits mis au point par l'hôpital Sainte-Anne.

Que le Ministère fasse en sorte que les mesures de dotation à l'hôpital Sainte-Anne se fassent selon le principe du mérite et non en fonction de l'ancienneté.

Que le Ministère reporte indéfiniment le transfert de la responsabilité de l'hôpital Sainte-Anne à la province de Québec, qu'il modifie la loi sur les anciens combattants pour permettre aux conjoints d'anciens combattants handicapés d'occuper les lits réservés aux anciens combattants et que l'hôpital Sainte-Anne soit graduellement modernisé à cette fin.

ANNEXE 3

Message du ministère des Anciens Combattants

Veterans Affairs Anciens Combattants
Canada Canada

(Traduction)

Reçu par télécopieur le 18 février 1999

P.O. Box 7700 C.P. 7700
Charlottetown, P.E.I. Charlottetown (Î.-P.-É)
C1A 8M9 C1A 8M9

Monsieur le sénateur Orville H. Phillips
Sénat du Canada
K1A 0A4

Your file - Votre référence

Our file - Notre référence

Monsieur le sénateur,

Suit une liste de points que vous m'avez demandé de noter pour le suivi de nos progrès au cours de la prochaine année, que le Sous-comité sénatorial nous demandera de produire.

1. Deer Lodge

- nouvel équipement pour le service des repas réchauffés
- nouveaux lits électriques avec matelas
- rénovations mineures

2. Colonel Belcher

- programme de formation sur la démence - préparé par ACC à l'intention des établissements à accès prioritaire

3. Broadmead Lodge

- assurer le maintien des ententes d'affiliation
- 20 nouveaux lits prioritaires
- prestation de services aux anciens combattants vivant à domicile
- problème de la lenteur du SCT réglé entre le Bureau de district d'ACC et les dirigeants de l'établissement

4. George Derby

- nouveau mobilier de cuisine
- transformation prochaine en établissement à niveaux multiples
- assurer le maintien des ententes d'affiliation

5. Brock Farhni

- rencontre entre un représentant d'ACC et la direction pour discuter des améliorations à apporter à l'établissement

.../2

6. Parkwood Hospital

- rencontre prévue entre ACC et la direction au sujet du nouvel équipement pour le service des repas réchauffés, équipement semblable à celui acheté à Deer Lodge

7. SHSC

- avant la visite du Sous-comité, on prévoyait rénover l'aile K sur huit ans. ACC a accepté de discuter avec la direction de moyens pour réduire cette période.

8. Camp Hill

- ACC discutera des possibilités de partager les coûts d'aménagement, à l'arrière de l'établissement, d'un atrium vitré pour les anciens combattants
- projet de centre de soins de relève au Cap-Breton
- étude d'un projet de financement d'un programme de résidence pour les médecins de famille qui s'intéressent à la prestation de soins aux personnes âgées

Généralités

- offrir une aide lors d'une réunion des représentants d'établissements de chaque région

Je vous remercie beaucoup de votre soutien et de votre compréhension lors de la visite de ces établissements. Je suis très satisfait de notre voyage et j'espère pouvoir déposer un rapport positif sur nos progrès d'ici six à huit mois.

Agréez l'expression de mes sentiments les meilleurs.

(signé) John Walker
Directeur, Soins en établissement



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9



First Session
Thirty-sixth Parliament, 1997-98-99

Première session de la
trente-sixième législature, 1997-1998-1999

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Standing Senate Committee on Social Affairs,
Science and Technology*

*Comité sénatorial permanent des
affaires sociales, des sciences et de la technologie*

Proceedings of the Subcommittee on

Délibérations du sous-comité des

Veterans Affairs

Anciens combattants

Chairman:
The Honourable ORVILLE H. PHILLIPS

Président:
L'honorable ORVILLE H. PHILLIPS

Tuesday, March 23, 1999

Le mardi 23 mars 1999

Issue No. 13

Fascicule n° 13

First and only meeting on:
Bill C-61, An Act to amend
the War Veterans Allowance Act,
the Pension Act, the Merchant Navy Veteran
and Civilian War-related Benefits Act,
the Department of Veterans Affairs Act,
the Veterans Review and Appeal Board Act and
the Halifax Relief Commission Pension
Continuation Act and to amend certain
other Acts in consequence thereof

Première et unique réunion concernant :
Le projet de loi C-61, Loi modifiant la Loi sur les
allocations aux anciens combattants, la Loi sur les
pensions, la Loi sur les avantages liés à la guerre
pour les anciens combattants de la marine marchande
et les civils, la Loi sur le ministère des Anciens
combattants, la Loi sur le Tribunal des anciens
combattants (révision et appel), la Loi sur la prise en
charge des prestations de la Commission de secours
d'Halifax et d'autres lois en conséquence

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE SUBCOMMITTEE ON VETERANS AFFAIRS

The Honourable Orville H. Phillips, *Chairman*

The Honourable Archibald Hynd Johnstone, *Deputy Chairman*

and

The Honourable Senators:

Cools	* Lynch-Staunton
Cohen	(or Kinsella (acting))
* Graham, P.C. (or Carstairs)	Ruck

* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

Change in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Ruck substituted for that of the Honourable Senator Poy (*March 23, 1999*).

The name of the Honourable Senator Johnstone substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*March 8, 1999*).

The name of the Honourable Senator Poy substituted for that of the Honourable Senator Ruck (*March 8, 1999*).

The name of the Honourable Senator Callbeck substituted for that of the Honourable Senator Johnstone (*March 8, 1999*).

LE SOUS-COMITÉ DES AFFAIRES DES ANCIENS COMBATTANTS

Président: L'honorable Orville H. Phillips

Vice-président: L'honorable Archibald Hynd Johnstone

et

Les honorables sénateurs:

Cools	* Lynch-Staunton
Cohen	(ou Kinsella (suppléant))
* Graham, c.p. (ou Carstairs)	Ruck

* *Membres d'office*

(Quorum 3)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Ruck est substitué à celui de l'honorable sénateur Poy (*le 23 mars 1999*).

Le nom de l'honorable sénateur Johnstone est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 8 mars 1999*).

Le nom de l'honorable sénateur Poy est substitué à celui de l'honorable sénateur Ruck (*le 8 mars 1999*).

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck est substitué à celui de l'honorable sénateur Johnstone (*le 8 mars 1999*).

ORDERS OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of Thursday, March 18, 1999:

Second reading of Bill C-61, An Act to amend the War Veterans Allowance Act, the Pension Act, the Merchant Navy Veteran and Civilian War-related Benefits Act, the Department of Veterans Affairs Act, the Veterans Review and Appeal Board Act and the Halifax Relief Commission Pension Continuation Act and to amend certain other Acts in consequence thereof.

The Honourable Senator Gill moved, seconded by the Honourable Senator Fraser, that the bill be read the second time.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

The bill was then read the second time.

The Honourable Senator Carstairs moved, seconded by the Honourable Senator Gill, that the bill be referred to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

The question being put on the motion, it was adopted.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

Extract from the *Minutes of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology* of Tuesday, March 23, 1999:

The Honourable Senator Butts moved —

That Bill C-61, An Act to amend the War Veterans Allowance Act, the Pension Act, the Merchant Navy Veteran and Civilian War-related Benefits Act, the Department of Veterans Affairs Act, the Veterans Review and Appeal Board Act and the Halifax Relief Commission Pension Continuation Act and to amend certain other Acts in consequence thereof, be referred to the Subcommittee on Veterans Affairs.

The question being put on the motion, it was adopted.

Le greffier intérimaire du comité,

Blair Armitage

Acting Clerk of the Committee

ORDRES DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du jeudi 18 mars 1999

Deuxième lecture du projet de loi C-61, Loi modifiant la Loi sur les allocations aux anciens combattants, la Loi sur les pensions, la Loi sur les avantages liés à la guerre pour les anciens combattants de la marine marchande et les civils, la Loi sur le ministère des Anciens combattants, la Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel), la Loi sur la prise en charge des prestations de la Commission de secours d'Halifax et d'autres lois en conséquence.

L'honorable sénateur Gill propose, appuyé par l'honorable sénateur Fraser, que le projet de loi soit lu la deuxième fois.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le projet de loi est alors lu la deuxième fois.

L'honorable sénateur Carstairs propose, appuyée par l'honorable sénateur Gill, que le projet de loi soit déféré au comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Extrait du *Procès-verbal du comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie* du mardi 23 mars 1999:

L'honorable sénateur Butts propose —

Que le projet de loi C-61, Loi modifiant la Loi sur les allocations aux anciens combattants, la Loi sur les pensions, la Loi sur les avantages liés à la guerre pour les anciens combattants de la marine marchande et les civils, la Loi sur le ministère des Anciens combattants, la Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel), la Loi sur la prise en charge des prestations de la Commission de secours d'Halifax et d'autres lois en conséquence, soit déféré au sous-comité des anciens combattants.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Tuesday, March 23, 1999

(23)

[English]

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 10:30 a.m. in Room 257, East Block, the Chairman, the Honourable Senator Phillips, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Cohen, Cools, Johnstone, Phillips and Ruck (5).

Other senators present: The Honourable Senators Forrestall and Gill (2).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Grant Purves, Research Officer; Chad Rogers, Adviser.

Pursuant to the Orders of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 18, 1999 and by the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology on March 23, 1999, the subcommittee began its examination of Bill-61, An Act to amend the War Veterans Allowance Act, the Pension Act, the Merchant Navy Veteran and Civilian War-related Benefits Act, the Department of Veterans Affairs Act, the Veterans Review and Appeal Board Act and the Halifax Relief Commission Pension Continuation Act and to amend certain other Acts in consequence thereof.

WITNESSES:

From Veterans Affairs Canada:

Mr. J. David Nicholson, Deputy Minister;

Mr. Bob Wood, M.P., Parliament Secretary to the minister;

Mr. Richard A. Brunton, Director of Portfolio Legislation, Portfolio Executive Services;

Mr. Alex Robert, Portfolio Quality Services Coordinator, Corporate Planning Division.

Mr. Nicholson read a statement on behalf of Mr. Wood, M.P., who was called to the chamber for an expected vote.

Mr. Wood, Mr. Nicholson, Mr. Brunton and Mr. Robert responded to questions.

Senators expressed their appreciation to Senator Phillips, who is retiring, for his contribution on behalf of veterans. In addition, senators expressed their appreciation to Mr. Nicholson, who is also retiring, for his work as "a friend of veterans".

Moved by the Honourable Senator Johnstone that the Senate Subcommittee on Veterans Affairs do report Bill C-61 without amendment but include in the report to the Senate a special recommendation that the government make the fair settlement with Merchant Mariners an immediate priority.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mardi 23 mars 1999

(23)

[Traduction]

Le sous-comité des anciens combattants du comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 10 h 30, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable sénateur Phillips (*président*).

Membres du sous-comité présents: Les honorables sénateurs Cohen, Cools, Johnstone, Phillips et Ruck (5).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Forrestall et Gill (2).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Grant Purves, attaché de recherche; Chad Rogers, conseiller.

Conformément aux ordres de renvoi adoptés par le Sénat le jeudi 18 mars 1999 et par le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le 23 mars 1999, le sous-comité entame son examen du projet de loi C-61, Loi modifiant la Loi sur les allocations aux anciens combattants, la Loi sur les pensions, la Loi sur les avantages liés à la guerre pour les anciens combattants de la marine marchande et les civils, la Loi sur le ministère des Anciens combattants, la Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel), la Loi sur la prise en charge des prestations de la Commission de secours d'Halifax et d'autres lois en conséquence.

TÉMOINS:

Du ministère des Anciens combattants:

M. J. David Nicholson, sous-ministre;

M. Bob Wood, député, secrétaire parlementaire du ministre;

M. Richard A. Brunton, directeur, Législation du portefeuille, Services exécutifs du portefeuille;

M. Alex Robert, coordonnateur des services de qualité du portefeuille, Direction générale de la planification ministérielle.

M. Nicholson lit une déclaration au nom de M. Wood, député, qui a été rappelé à la Chambre pour un vote prévu.

MM. Wood, Nicholson, Brunton et Robert répondent aux questions.

Les sénateurs expriment leur reconnaissance au sénateur Phillips, qui prend sa retraite, pour sa contribution à la cause des anciens combattants. Les sénateurs remercient aussi M. Nicholson, qui prend également sa retraite, pour son travail en tant qu'«ami des anciens combattants».

L'honorable sénateur Johnstone propose — Que le sous-comité des anciens combattants fasse rapport du projet de loi C-61 sans amendement, mais qu'il inclut dans son rapport au Sénat une recommandation spéciale voulant que le gouvernement accorde la priorité immédiate à un règlement équitable avec les marins de la marine marchande.

After debate, the question being put on the motion, it was adopted.

At 11:55 a.m., the subcommittee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Après débat, la motion, mise aux voix, est adoptée.

À 11 h 55, le sous-comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du sous-comité,

Barbara Reynolds

Clerk of the Subcommittee

EVIDENCE

OTTAWA, Tuesday, March 23, 1999

The Subcommittee on Veterans Affairs of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, to which was referred Bill C-61, to amend the War Veterans Allowance Act, the Pension Act, the Merchant Navy Veteran and Civilian War-related Benefits Act, the Department of Veterans Affairs Act, the Veterans Review and Appeal Board Act and the Halifax Relief Commission Pension Continuation Act and to amend certain other Acts in consequence thereof, met this day at 10:30 a.m. to give consideration to the bill.

Senator Orville H. Phillips (*Chairman*) in the Chair.

[English]

The Chairman: Honourable senators, Mr. Bob Wood, Parliamentary Secretary to the Minister of Veterans Affairs, was to have appeared before our committee this morning. However, Mr. Wood has been called back to the House of Commons for an unexpected vote and has assured me that he will return after the vote. In the meantime, Mr. Wood has suggested that his opening statement could be read by the Deputy Minister, Mr. Nicholson, who is well known to us.

Please proceed, Mr. Nicholson.

Mr. J. David Nicholson, Deputy Minister, Veterans Affairs Canada: Honourable senators, it is a pleasure for me to be here today representing the Minister of Veterans Affairs. As you know, the minister is meeting with his cabinet colleagues this morning, and the parliamentary secretary is attending the House of Commons in anticipation of a vote. My colleagues and I are prepared to respond to any questions you may have regarding proposals contained in Bill C-61.

As you know, this bill has been designed to help a very special segment of the population — veterans and their families. The bill was introduced in the House of Commons last December, and we have been pleased with the swift progress it has made through the House and now in the Senate. I am sure that all of us can agree on the need to see this bill pass quickly so that it can take effect as soon as possible.

This omnibus legislation proposes a number of improvements to legislation related to veterans. I will mention briefly two of the main changes.

The first is directed at former prisoners of war who have serious health problems. With the passage of Bill C-61, these individuals will have greater opportunity to access monthly allowances, to obtain attendant care and to be compensated for exceptional incapacity. More than 1,300 former prisoners of war might benefit from this change.

The second major amendment will permit increases in pensions of survivors of disabled veterans where those disabilities have been reassessed. More than 35,000 surviving spouses, for the most

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mardi 23 mars 1999

Le sous-comité des anciens combattants du comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, auquel a été renvoyé le projet de loi C-61, Loi modifiant la Loi sur les allocations aux anciens combattants, la Loi sur les pensions, la Loi sur les avantages liés à la guerre pour les anciens combattants de la marine marchande et les civils, la Loi sur le ministère des Anciens combattants, la Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel), la Loi sur la prise en charge des prestations de la Commission de secours d'Halifax et d'autres lois en conséquence, se réunit ce jour à 10 h 30 pour étudier le projet de loi.

Le sénateur Orville H. Phillips (*président*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président: Honorables sénateurs, M. Bob Wood, secrétaire parlementaire du ministre des Anciens combattants, devait comparaître devant notre comité ce matin. Cependant, M. Wood a été rappelé à la Chambre des communes pour un vote imprévu et m'a assuré qu'il serait de retour aussitôt le vote. Entre-temps, M. Wood a suggéré que son exposé liminaire pourrait être lu par le sous-ministre, M. Nicholson, que nous connaissons bien.

La parole est à vous, monsieur Nicholson.

M. J. David Nicholson, sous-ministre, Anciens combattants Canada: Honorables sénateurs, c'est un plaisir pour moi d'être présent ici aujourd'hui pour représenter le ministre des Anciens combattants. Comme vous le savez, le ministre rencontre ce matin ses collègues du cabinet et le secrétaire parlementaire assiste aux travaux de la Chambre des communes en prévision d'un vote. Mes collègues et moi-même sommes disposés à répondre à toutes vos éventuelles questions concernant les propositions contenues dans le projet de loi C-61.

Comme vous le savez, ce projet de loi a été conçu pour aider un segment très particulier de la population — les anciens combattants et leurs familles. Il a été déposé à la Chambre des communes en décembre dernier et nous sommes satisfaits de sa progression rapide à la Chambre et maintenant au Sénat. Je suis persuadé que nous pouvons tous convenir de la nécessité d'adopter rapidement ce projet de loi afin qu'il puisse entrer en vigueur aussitôt que possible.

Ce projet de loi omnibus propose un certain nombre d'améliorations aux lois touchant les anciens combattants. Je vais mentionner brièvement deux des principaux changements.

Le premier vise les anciens prisonniers de guerre qui éprouvent de graves ennuis de santé. Avec l'adoption du projet de loi C-61, ces personnes pourront avoir accès plus facilement à des allocations mensuelles, obtenir des soins auxiliaires et être indemnisées pour une incapacité exceptionnelle. Plus de 1 300 prisonniers de guerre pourraient profiter de ce changement.

Le deuxième amendement important permettra d'augmenter les pensions de survivant des invalides de guerre lorsque ces invalidités ont été réévaluées. Plus de 35 000 survivants, pour la

part widows, could become eligible to receive an increased pension.

As you know, Bill C-61 also moves merchant navy veterans into the same legislation as armed forces veterans, removing any doubt as to their status as veterans in every sense of the word.

I should like to thank the members of this committee for your willingness to meet so promptly after second reading of the bill. We are at your disposal and look forward to your questions.

The Chairman: We have a number of questions. We wish to touch on the part of the bill that is causing more interest than the bill itself, and that is the compensation for merchant navy seamen. Perhaps we might delay that portion of our questioning until Mr. Wood returns, unless you are prepared to make the commitments on behalf of the government that we will be asking you for.

First, I have a question concerning proposed section 41, which is related to section 111 of the Veterans Review and Appeal Board Act. Why is it necessary to amend this section?

Mr. Nicholson: The answer to that, Mr. Chairman, is to allow the board to reconsider decisions made by all its predecessors.

The Chairman: That is the part that concerns me, Mr. Nicholson. I think you are aware of my concern with the VRAB as it is presently operating. This proposed section would allow them to go back and review every decision made by the Canadian Pension Commission since its inception. Am I reading this section correctly?

Mr. Nicholson: Yes, I believe that would be the case.

The Chairman: Can you elaborate further and tell me why you feel it is necessary to go back and review decisions made by the Canadian Pension Commission that were made 15 or 20 years ago?

Mr. Nicholson: For a technical answer to that question, I will ask Mr. Brunton to respond.

Mr. Richard Richard Brunton, Director, Portfolio Legislation, Veterans Affairs Canada: Mr. Chairman, this provision already exists. All of the board's predecessors had a similar power to review their own decisions and the decisions of their predecessors. This is simply meant to correct typographical errors or other types of mistakes. They can revisit the decision either on their own motion or, under some circumstances, at the request of the veteran.

This power has been around a long time. When section 111 was drafted in 1995, it omitted two of the predecessors whose decisions could be reconsidered in this way. I gather cases occurred where the Royal Canadian Legion was hoping for the board to do exactly that — review the case and correct the error. However, the board found that it could not because the particular

plupart des veuves, pourraient avoir droit à une augmentation de pension.

Comme vous le savez, le projet de loi C-61 intègre également les anciens combattants de la marine marchande dans la même loi que les anciens combattants des Forces armées, ce qui dissipe tout doute quant à leur statut d'ancien combattant dans tous les sens de l'expression.

Je tiens à remercier les membres de votre comité pour leur volonté d'organiser une rencontre si rapidement après la deuxième lecture du projet de loi. Nous sommes à votre disposition et nous attendons vos questions.

Le président: Nous avons un certain nombre de questions à vous poser. Nous souhaitons aborder la partie du projet de loi qui suscite plus d'intérêt que le projet de loi lui-même, à savoir l'indemnisation des marins marchands. Nous pourrions peut-être retarder cette partie de la période de questions jusqu'au retour de M. Wood, à moins que vous ne soyez disposés à prendre les engagements que nous vous demanderons au nom du gouvernement.

Tout d'abord, j'ai une question concernant l'article 41 proposé, qui a trait à l'article 111 de la Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel). Pourquoi est-il nécessaire d'amender cet article?

M. Nicholson: En réponse à votre question, monsieur le président, c'est pour permettre au tribunal de réexaminer les décisions prises pour tous ses prédécesseurs.

Le président: C'est la partie qui me préoccupe, monsieur Nicholson. Je pense que vous êtes au courant de mon inquiétude concernant le mode de fonctionnement actuel du tribunal. Cet article proposé lui permettrait de retourner en arrière et d'examiner chaque décision prise par la Commission canadienne des pensions depuis sa création. Est-ce que j'ai bien saisi le sens de cet article?

M. Nicholson: Oui, je pense que ce serait le cas.

Le président: Pouvez-vous préciser davantage et me dire pourquoi vous estimez qu'il est nécessaire de retourner en arrière et de réexaminer les décisions prises par la Commission canadienne des pensions il y a 15 ou 20 ans?

M. Nicholson: Pour avoir une réponse technique à cette question, je vais donner la parole à M. Brunton.

M. Richard Brunton, directeur, Législation du portefeuille, Anciens combattants Canada: Monsieur le président, cette disposition existe déjà. Tous les prédécesseurs du tribunal avaient le même pouvoir de réexaminer leurs propres décisions et celles de leurs prédécesseurs. Cette clause est simplement destinée à corriger des erreurs typographiques ou d'autres erreurs du genre. Ils peuvent réexaminer la décision de leur propre initiative ou, dans certaines circonstances, à la demande de l'ancien combattant.

Ce pouvoir existe depuis longtemps. Lorsque l'article 111 a été rédigé en 1995, il a omis deux des prédécesseurs dont les décisions pouvaient être réexaminées de cette façon. Je crois comprendre que des cas sont survenus dans lesquels la Légion royale canadienne espérait voir le tribunal faire exactement cela — réexaminer le dossier et corriger l'erreur. Toutefois, le

decisions in question were not made by bodies mentioned in this section. Therefore, this is intended to be a purely technical change in an error-correcting provision.

The Chairman: Will this proposed section allow the VRAB to go back to an award and say that the award was given in error and that therefore they will reduce it?

Mr. Brunton: Yes, that could happen.

Mr. Nicholson: That is not the intention of the change, but it could happen, yes.

The Chairman: That is what disturbs me.

I recall, Mr. Nicholson, when the "vexatious and frivolous" clause was in the previous legislation, you assured us that it would be used with discretion. However, up to 1,000 cases have been appealed and denied. Can you assure me that this provision will be used with discretion? My concern is that you can go back 20 years and say to an individual that they should not have had a 20 per cent assessment, only a 15 per cent assessment, and that they owe the balance, plus interest, for 15 years. Can you give us an assurance that this will never happen?

Mr. Nicholson: First, I will be as careful as I can in terms of providing assurances over a tribunal. As the Deputy Minister of Veterans Affairs, I really do not have those powers. However, I recall very well during an earlier representation here, when we were supporting the provisions of the bill that changed the Pension Act and the pension process, that a concern was raised over how the words "trivial, frivolous and vexatious" would be applied.

Yes, I have read in the testimony that there have been upwards of 800 or 900 cases. Someone said that they were really taken out of the pension process because their application was considered to be trivial, frivolous and vexatious. However, that did not provide an opportunity to change decisions. They applied the provisions of the act when applications were made.

It has always been my persuasion with the board that they exercise the benefit of the doubt at every opportunity. If, indeed, applications come forward that really are trivial, then the appropriate thing to do is apply the appropriate provision so that meritorious applications receive consideration on a more timely basis.

Senator Johnstone: Under proposed section 111, did I understand you to say that only a veteran can request that the section be triggered? Who can ask for a reconsideration under this appeal?

Mr. Nicholson: The provision is to allow the board to reconsider decisions made by its predecessors, such as the Canadian Pension Commission.

Senator Johnstone: Can the veteran ask for it to be reviewed as well?

Mr. Nicholson: Yes, they can do so on application if new evidence is presented.

tribunal a constaté qu'il ne pouvait pas parce que les décisions particulières en question n'avaient pas été prises par des organismes mentionnés dans cet article. En conséquence, il s'agit tout simplement d'un changement technique dans une disposition pour corriger des erreurs.

Le président: Cet article proposé permettra-t-il au tribunal de retourner en arrière pour réexaminer une décision et dire qu'elle a été accordée par erreur et que le montant sera donc réduit?

M. Brunton: Oui, cela pourrait arriver.

M. Nicholson: Ce n'est pas l'intention du changement, mais cela pourrait arriver, oui.

Le président: C'est ce qui me dérange.

Je me souviens, monsieur Nicholson, lorsque la clause «vexatoire et frivole» figurait dans la loi antérieure, vous nous aviez assurés qu'elle serait utilisée avec discrétion. Cependant, jusqu'à 1 000 dossiers sont allés en appel et ont été refusés. Pouvez-vous m'assurer que cette disposition sera utilisée avec discrétion? Ce qui me préoccupe, c'est que vous pouvez retourner 20 ans en arrière et dire qu'une personne n'aurait pas dû avoir une évaluation de 20 p. 100, mais seulement de 15 p. 100, et qu'elle doit la différence, plus les intérêts pendant 15 ans. Pouvez-vous nous assurer que cela n'arrivera jamais?

M. Nicholson: Tout d'abord, je serai aussi prudent que possible pour ce qui est de vous fournir des assurances au sujet d'un tribunal. À titre de sous-ministre des Anciens combattants, je n'ai en réalité pas ces pouvoirs. Toutefois, je me rappelle très bien, lors d'une comparution antérieure, ici même, alors que nous avions appuyé les dispositions du projet de loi qui modifiaient la Loi sur les pensions et le processus de calcul des pensions, qu'une inquiétude avait été soulevée à propos de la façon d'appliquer les termes «sans objet, frivole et vexatoire».

Oui, j'ai lu dans les témoignages qu'il y avait eu plus de 800 ou 900 cas. Quelqu'un a dit qu'ils avaient été retirés du processus des pensions parce que leur demande avait été jugée sans objet, frivole et vexatoire. Toutefois, cela n'a pas fourni l'occasion de changer des décisions. Ils ont appliqué les dispositions de la loi lorsque les demandes ont été présentées.

J'ai toujours été convaincu que le tribunal exerçait le bénéfice du doute à la moindre occasion. Si, en fait, des demandes sont présentées et qu'elles sont vraiment sans objet, alors la chose appropriée à faire est d'appliquer la disposition pertinente afin que les demandes méritoires soient prises en considération plus rapidement.

Le sénateur Johnstone: En vertu de l'article 111 proposé, vous ai-je bien entendu dire que seul un ancien combattant peut demander que l'article soit appliqué? Qui peut demander un réexamen en vertu de cet appel?

M. Nicholson: La disposition est destinée à permettre au tribunal de réexaminer les décisions prises par ses prédécesseurs, telle la Commission canadienne des pensions.

Le sénateur Johnstone: L'ancien combattant peut-il également demander un réexamen?

M. Nicholson: Oui, il peut aussi le faire sur demande si de nouveaux éléments de preuve sont présentés.

The Chairman: Where do we find the new evidence?

Mr. Brunton: Reference to it is on pages 33 and 34 of the bill, which set out the proposed text of section 111. The proposed section is rather long and involved, but at the top of page 34, you will see the words "do so on application if new evidence is presented to it."

Proposed section 111 is in two parts. The first part, which is the longer part, states:

The Veterans Review and Appeal Board may, on its own motion, reconsider any decision of...

It then lists the boards.

Towards the end of the section, it says that the board can also "do so on application" — which would mean an application from the veteran — "if new evidence had been presented to it."

Senator Forrestall: Is this proposed section in the bill for clarification? It did not appear to me that it was obscure in the old act.

Mr. Nicholson: I stand to be corrected by those who were more intimately involved in drafting the previous bill that changed the legislation, but that provision was left out. That power was always there.

Senator Forrestall: My apologies. I missed a whole generation of Veterans Affairs Acts somewhere along the line in the last eight or ten years.

Mr. Nicholson: It was in the previous legislation and we were putting it back in.

Mr. Brunton: We are adding to the list of predecessor bodies whose decisions may be reconsidered in this way.

Senator Forrestall: That was always the case whenever an appeal was launched.

Mr. Nicholson: We have no predecessor body now because the Canadian Pension Commission was eliminated as a result of a previous bill that created the Veterans Review and Appeal Board.

Senator Forrestall: That would be the last related legislation with which I was familiar. That makes it clear.

Senator Johnstone: I am not clear as to the chairman's question relating to whether a veteran might be required to pay back a sum of money. What was the phrase you used?

Mr. Nicholson: The phrase is "trivial, frivolous and vexatious". However, that would not apply to an existing pension. That would apply to an application, so there would be no pay.

Senator Johnstone: You are saying that you would not go back 10 years.

Mr. Nicholson: That is not why this particular provision is there.

Le président: Où trouvons-nous les nouveaux éléments de preuve?

M. Brunton: Il en est fait mention aux pages 33 et 34 du projet de loi, qui énoncent le texte proposé de l'article 111. L'article proposé est plutôt long et complexe, mais en haut de la page 34, vous trouverez les mots «il peut aussi le faire sur demande si de nouveaux éléments de preuve lui sont présentés».

L'article 111 proposé comporte deux parties. La première partie, qui est la plus longue, stipule que:

Le Tribunal des anciens combattants (révision et appel) est habilité à réexaminer toute décision [...]

Il énumère ensuite les conseils et les commissions.

Vers la fin de l'article, il précise que le tribunal peut aussi «le faire sur demande — ce qui signifierait une demande de l'ancien combattant — si de nouveaux éléments de preuve lui sont présentés».

Le sénateur Forrestall: Cet article proposé dans le projet de loi est-il là à des fins de clarification? Il ne me semblait pas que l'ancienne loi manquait de clarté.

M. Nicholson: Je risque de me faire corriger par les personnes qui ont participé plus intimement à la rédaction du précédent projet de loi qui modifiait la loi, mais cette disposition a été omise. Ce pouvoir existait déjà.

Le sénateur Forrestall: Mes excuses. J'ai raté toute une génération de lois concernant les anciens combattants quelque part au cours des huit ou dix dernières années.

M. Nicholson: C'était dans la loi précédente et nous remettons cette clause.

M. Brunton: Nous complétons la liste des prédécesseurs dont les décisions peuvent être réexaminées de cette façon.

Le sénateur Forrestall: C'était toujours le cas lorsqu'un appel était interjeté.

M. Nicholson: Nous n'avons actuellement aucun prédécesseur parce que la Commission canadienne des pensions a été abrogée par suite d'un projet de loi antérieur qui créait le Tribunal des anciens combattants (révision et appel).

Le sénateur Forrestall: Ce serait la dernière loi connexe avec laquelle j'étais familier. La situation est maintenant claire.

Le sénateur Johnstone: Je ne comprends pas très bien la question du président qui veut savoir si un ancien combattant pourrait être tenu de rembourser une certaine somme. Quelle était la phrase que vous avez utilisée?

M. Nicholson: La phrase est «sans objet, frivole et vexatoire». Toutefois, cela ne s'appliquerait pas à une pension actuelle. Cela s'appliquerait à une demande, si bien qu'il n'y aurait pas de versement.

Le sénateur Johnstone: Vous dites que vous ne retourneriez pas 10 ans en arrière.

M. Nicholson: Ce n'est pas l'intention de cette disposition.

The Chairman: I should like to turn Mr. Nicholson's attention to the amendments concerning the Veterans Review and Appeal Board. I know the words "vexatious and frivolous" are to be removed from the wording of the act and that a new description will be put in place.

Mr. Nicholson, what criteria would the board use in saying that no reasonable board could reach a favourable decision?

Mr. Nicholson: It is difficult to be specific in my reply, Mr. Chairman. I would say, though, that there would have to be a real concern with the medical evidence on the file; that is to say, a concern that there was no indication whatsoever that the disability was, first, related to service, which is one of the major considerations and, second, that there was not sufficient medical evidence to support the disability. They are the two things that the board members look at initially when adjudicating a claim.

Is it judgmental? To some degree, I expect it is. However, having had the experience of adjudicating many claims, I believe that the members of the Veterans Review and Appeal Board do, indeed, gain an expertise that allows them to make a reasonable judgment.

The Chairman: I shall approach the question from a different angle. As I mentioned earlier, there are about 1,000 veterans who received an unfavourable decision, and one that they cannot appeal. If 1,000 criminals in Canada were allowed no appeal from lower court decisions, there would be a terrific outcry. As well, every newspaper in Canada would be complaining that these people were being denied certain basic rights. In the section concerning the VRAB, as you say, it is a judgmental decision, and there are no reasons given. I believe the Auditor General had some comments in his report in that regard.

I am not entirely happy with your reply that it is judgmental and based on medical evidence as well. In your testimony the last time the act was amended, you stated that the evidence of a specialist and a family doctor were to get priority.

Mr. Nicholson: That is right.

The Chairman: How does that evidence that you gave to the committee previously tie in with your reply today?

Mr. Nicholson: I think there is a direct tie-in. I stand by my earlier statement that if, in order to support his case the applicant obtains specialist medical advice, then that advice must be taken into consideration by the adjudicators. Going to a specialist does not necessarily mean that the medical evidence that would be required to support a positive adjudication will be forthcoming. If a case is not there, it is not there.

Le président: J'aimerais attirer l'attention de M. Nicholson sur les amendements concernant le Tribunal des anciens combattants (révision et appel). Je sais que les termes «vexatoire et frivole» doivent être supprimés du libellé de la loi et qu'une nouvelle description sera incorporée.

Monsieur Nicholson, quel critère utilisera le tribunal pour dire qu'aucun tribunal raisonnable ne pourrait rendre une décision favorable?

M. Nicholson: Il m'est difficile de vous donner une réponse précise. Je dirais cependant qu'il faudrait avoir de véritables inquiétudes à propos des preuves médicales contenues dans le dossier, c'est-à-dire qu'il n'y avait aucune indication de quelque sorte que l'incapacité était, en premier lieu, reliée au service, ce qui constitue l'une des principales considérations, et deuxièmement qu'il n'y avait pas de preuves médicales suffisantes pour étayer l'incapacité. Ce sont les deux éléments sur lesquels se penchent au départ les membres du tribunal au moment de prendre une décision concernant une réclamation.

Est-elle fondée sur un jugement? Jusqu'à un certain point, oui. Toutefois, ayant eu l'expérience de prendre des décisions concernant de nombreuses réclamations, j'estime que les membres du Tribunal des anciens combattants (révision et appel) acquièrent en fait une expertise qui leur permet de rendre un jugement raisonnable.

Le président: Je vais aborder la question sous un angle différent. Comme je l'ai déjà mentionné, environ 1 000 anciens combattants ont reçu une décision défavorable, qui ne peut pas faire l'objet d'un appel. Si 1 000 criminels au Canada n'étaient pas autorisés à interjeter appel des jugements rendus par les tribunaux inférieurs, il y aurait un tollé formidable. En outre, chaque quotidien au Canada se plaindrait que ces personnes ont été privées de certains droits fondamentaux. Dans l'article concernant le tribunal, comme vous le dites, c'est une décision fondée sur un jugement et on ne donne aucun motif. Je crois que le vérificateur général a émis certains commentaires à ce sujet dans son rapport.

Je ne suis pas entièrement satisfait de votre réponse, à savoir que la décision est fondée sur un jugement et aussi sur des preuves médicales. Dans votre témoignage la dernière fois que la loi a été modifiée, vous avez déclaré que les témoignages d'un spécialiste et d'un médecin de famille seraient prioritaires.

M. Nicholson: C'est exact.

Le président: En quoi ce témoignage que vous avez fait précédemment devant le comité concorde-t-il avec votre réponse d'aujourd'hui?

M. Nicholson: J'estime qu'il y a un rapport direct. Je m'en tiens à ma déclaration antérieure à l'effet que, dans le but de défendre son dossier, le demandeur obtient des avis médicaux d'un spécialiste, et ensuite que ces conseils doivent être pris en considération par les membres du jury. Consulter un spécialiste ne signifie pas forcément que les preuves médicales nécessaires pour étayer un jugement positif vont arriver. Si un dossier n'est pas bon, il n'est pas bon.

If I might draw upon your analogy with the justice system, Mr. Chairman, there must be prima facie evidence, first, that a crime has been committed, after which an investigation ensues. Investigators must come up with evidence before charges are laid and prosecuted. In a sense, that is analogous to what we are discussing here. Every veteran who comes in with a case must, first, have substantiating evidence relating to his service. Second, there must be medical evidence that there is a disability.

Every file does not have that. There are bound to be some that will not be adjudicated. I find the words "trivial and vexatious" offensive. The fact is that not every case that comes forward is meritorious.

The Chairman: By the time a case reaches the appeal level, a member of the Bureau of Pensions Advocates, BPA, has worked on it. I am having difficulty picturing the BPA advancing a case in which they feel there is no possibility or no evidence. I should like to hear your reply in that regard because the BPA has presented evidence and then the VRAB says, "There are no reasonable grounds."

Mr. Nicholson: Yes, I should like to answer that question, because I am rather proud of the way the lawyers in the Bureau of Pensions Advocates administer their work. First, I do know that, if the case is weak, the members of the bureau will make that indication to the veteran applicant. At the same time, they will vigorously pursue the adjudication of that application, if that is what the applicant wants.

When they come before the bureau — and I have been there to witness their performance before the bureau — they do a first-class job, but they do not win every case.

The Chairman: No lawyer wins every case, but most of them try.

Senator Johnstone: This is not intended to be a criticism of the Veterans Review and Appeal Board, because they do an excellent job, however, at what point is the benefit-of-doubt clause triggered? Is it used enough? We question whether it is used enough.

Mr. Nicholson: I was personally associated with having benefit of the doubt incorporated into the most recent legislation. To me, when there is a doubt, that provision should be exercised at every opportunity. When there is, as someone once said, a scintilla of doubt, the adjudicators should find on behalf of the veteran applicant.

I do not know how many times it has been applied.

The chairman and I have often had discussions about this. I would like to see it applied in every occasion when there is a doubt. However, I will admit that we have no monitoring systems in place to track that.

Senator Johnstone: I just returned from Kingston where yesterday I sat in on a review board hearing. In Charlottetown, we sat in on an appeal board. I was not able to detect whether the

Si je pouvais faire appel à votre analogie avec le système judiciaire, monsieur le président, il faut tout d'abord une preuve prima facie qu'un crime a été commis, après quoi il s'ensuit une enquête. Les enquêteurs doivent apporter des preuves avant que des accusations soient portées et qu'une poursuite soit intentée. Dans un sens, c'est la même chose que ce dont nous parlons ici. Chaque ancien combattant qui arrive avec un dossier doit, en premier lieu, avoir des preuves justificatives à propos de son service. Ensuite, il doit avoir des preuves médicales de l'invalidité.

Chaque dossier ne possède pas tous ces éléments. Il y en a sûrement certains qui ne feront pas l'objet d'une décision. Je trouve que les mots «sans objet et vexatoire» sont offensants. Il est certain que tous les dossiers qui sont présentés ne sont pas méritoires.

Le président: Lorsqu'un dossier atteint le niveau des appels, un membre du Bureau des services juridiques des pensions, le BSJP, s'est penché sur lui. J'ai de la difficulté à croire que le BSJP pourrait faire avancer un dossier qui ne présente, à son avis, aucune possibilité ou pas de preuves. J'aimerais connaître votre réponse à ce sujet car le BSJP a présenté des preuves et ensuite le tribunal déclare: «Il n'y a pas de motifs raisonnables.»

M. Nicholson: Oui, j'aimerais répondre à cette question, car je suis plutôt fier de la façon dont les avocats du Bureau des services juridiques des pensions administrent leur travail. Tout d'abord, je sais que, si le dossier est faible, les membres du bureau le mentionneront à l'ancien combattant qui présente la demande. Par la même occasion, ils poursuivront activement l'étude de cette demande, si c'est ce que le demandeur souhaite.

Lorsqu'ils se présentent devant le bureau — et j'ai été témoin de leur prestation devant le bureau — ils font un excellent travail, mais ils ne gagnent pas toutes les causes.

Le président: Aucun avocat ne gagne toutes les causes, mais la plupart d'entre eux essaient.

Le sénateur Johnstone: Ce n'est pas destiné à être une critique des membres du Tribunal des anciens combattants (révision et appel), parce qu'ils font un excellent travail, mais à quel moment est déclenchée la clause du bénéfice du doute? Est-elle suffisamment utilisée? Nous nous demandons si elle est utilisée suffisamment.

M. Nicholson: J'ai été personnellement associé à l'incorporation du bénéfice du doute dans la loi la plus récente. Pour moi, lorsqu'il y a un doute, cette clause devrait être appliquée à chaque occasion. Lorsqu'il y a, comme quelqu'un l'a dit un jour, une parcelle de doute, les membres du tribunal devraient statuer en faveur de l'ancien combattant demandeur.

Je ne sais pas combien de fois elle a été utilisée.

Le président et moi avons souvent eu des discussions sur ce sujet. J'aimerais qu'elle soit appliquée chaque fois qu'il y a un doute. Toutefois, j'admetts que nous ne disposons d'aucun système de surveillance en place pour suivre cette mesure.

Le sénateur Johnstone: J'arrive tout juste de Kingston où je siégeais hier à une commission de révision. A Charlottetown, nous avons siégé à une commission d'appel. Je n'ai pas été en mesure

benefit of the doubt clause was triggered. Of course, I was not there when the judgment came down either; I only heard the appeal. We wish to emphasize that this is a concern, and I suggest that it be used whenever possible.

Mr. Nicholson: In danger of setting myself up for a question that may be very difficult to answer, I would like to say one other thing. Since the legislation was passed in 1995, the favourable rates on adjudication have gone up. That does not say a great deal, but it probably says that the board is exercising the benefit of the doubt more than it did prior to September 1995.

The Chairman: Shortly after I returned from the summer recess, I received a letter from an individual who said that he had finally received his POW pension based on the benefit of the doubt. He sent me his picture so that I would know it had at least applied in one case.

Mr. Nicholson: I was delighted to hear that that actually transpired, senator.

Senator Ruck: Are the widows of deceased veterans or deceased merchant seamen eligible to apply for a pension of some sort?

Mr. Nicholson: Absolutely, senator. In fact, some of the provisions of the proposed bill will improve that situation for surviving spouses, merchant navy included, of course.

The Chairman: Perhaps you could explain to Senator Ruck that the amendment for the 48 per cent assessment was removed.

Mr. Nicholson: With respect to survivors in receipt of a veteran pension — and I am talking about the spouses in many cases, whether male or female — if the assessment on that disability is between 0 per cent and 47 per cent, they cannot apply for an increased assessment. Let us say a veteran died a year ago today but that previous to his death his disability worsened, and that there was evidence of that. This bill will allow the widow to seek an assessment that would increase the monthly disability cheque. If she had been in receipt of a benefit of less than 48 per cent, she could not have done that. She cannot do that today, but she will be able to do that should this bill pass. That takes in a whole group who are now receiving a benefit between 0 per cent and 48 per cent. They can receive no increase to their pension unless this bill passes.

The Chairman: Senator Ruck was also concerned about a deceased merchant seaman and whether his widow can now apply.

Mr. Nicholson: The answer to that is "yes."

Senator Forrestall: Has the deputy minister or someone on his staff had a chance to review the private member's bill that I put forward along these lines? If he has, could he indicate whether the content of my private member's bill is reflected in this public bill, generally speaking?

de déceler si la clause du bénéfice du doute a été appliquée. De toute évidence, je n'étais pas là-bas non plus lorsque le jugement a été rendu; j'ai seulement entendu l'appel. Nous tenons à souligner que c'est un sujet préoccupant et je suggère qu'elle soit utilisée chaque fois que possible.

M. Nicholson: Au risque de me faire piéger avec une question qui pourrait être difficile à répondre, j'aimerais préciser autre chose. Depuis l'adoption de la loi, en 1995, les décisions positives ont augmenté. Cela ne veut pas dire grand chose, mais révèle probablement que le tribunal exerce le bénéfice du doute davantage qu'il le faisait avant septembre 1995.

Le président: Peu après mon retour du congé d'été, j'ai reçu une lettre d'un homme disant qu'il avait finalement obtenu sa pension de prisonnier de guerre au bénéfice du doute. Il m'a envoyé sa photo pour que je sache que cette clause avait été appliquée dans un cas.

M. Nicholson: Je suis heureux d'apprendre que cette décision a réussi à s'ébruiter, sénateur.

Le sénateur Ruck: Les veuves d'anciens combattants décédés ou de marins marchands décédés sont-elles admissibles à demander une pension de quelque sorte?

M. Nicholson: Absolument, sénateur. En fait, certaines des dispositions du projet de loi amélioreront cette situation pour les survivantes, y compris évidemment celles des marins marchands.

Le président: Vous pourriez peut-être expliquer au sénateur Ruck que l'amendement pour la modification des 48 p. 100 a été supprimé.

M. Nicholson: En ce qui concerne les survivants qui perçoivent une pension d'ancien combattant — et je parle des conjoints dans de nombreux cas, aussi bien homme que femme — si l'évaluation de cette incapacité se situe entre 0 et 47 p. 100, ils ne peuvent pas demander une réévaluation à la hausse. Disons qu'un ancien combattant est mort il y a un an aujourd'hui mais que son incapacité s'est aggravée avant son décès, et qu'il y avait des preuves à l'appui; le projet de loi permettra à la veuve de demander une évaluation qui augmenterait son chèque mensuel d'invalidité. Si elle recevait une prestation inférieure à 48 p. 100, elle n'aurait pas pu le faire. Elle ne peut pas le faire à l'heure actuelle, mais elle sera en mesure de le faire si ce projet de loi est adopté. Cela englobe tout un groupe de personnes qui reçoivent actuellement une prestation située entre 0 et 48 p. 100. Elles ne pourront obtenir aucune augmentation de leur pension avant l'adoption de ce projet de loi.

Le président: Le sénateur Ruck était également préoccupé par le décès d'un marin marchand et il veut savoir si sa veuve peut maintenant présenter une demande.

M. Nicholson: La réponse à cette question est «oui».

Le sénateur Forrestall: Le sous-ministre ou un membre de son personnel a-t-il eu la chance de passer en revue le projet de loi d'initiative parlementaire que j'ai déposé dans le même sens? Dans l'affirmative, pourrait-il mentionner si le contenu de mon projet de loi d'initiative parlementaire est reflété dans ce projet de loi d'intérêt public, généralement parlant?

Mr. Nicholson: I am pleased to report that Bill C-61, the proposed legislation, includes the merchant navy in the existing legislation.

Senator Forrestall: Then there is nothing of consequence in my Senate bill that is not here.

Mr. Nicholson: That is correct.

Senator Forrestall: I wish to express my appreciation for that. Just so I am absolutely clear, does that include the concept of an apology?

Mr. Nicholson: No.

Mr. Brunton: That is not a legislative prerogative.

Senator Forrestall: You may be quite right.

With respect to the honours made publicly to our war dead, does it extend guarantees, such as the right of merchant seamen to be present, to be advised and notified, as indeed are all the other groups?

Mr. Nicholson: It does now.

Senator Forrestall: These rights will be extended under this bill, then.

Mr. Nicholson: They are now for commemorative events. They have been treated the same way as the uniformed military going back many years now.

You may be raising an issue with respect to the vice-regal party on November 11. That does not change, no.

Senator Forrestall: There is nothing like progress. Where do we go from here?

Mr. Nicholson: We are doing very well, I think, senator.

The Chairman: In my remarks on Bill C-61, I asked for an update on the negotiations for settlement with the merchant navy seamen and their claim for compensation because of the fact that they were excluded from certain benefits that applied to the other veterans. Could we have an update on that, Mr. Wood?

Mr. Bob Wood, M.P., Parliamentary Secretary to the Minister of Veterans Affairs: Certainly, senator. As you know, with the help of Cliff Chadderton, we were able to get this particular bill through the House of Commons rather quickly with no opposition. The government side agreed to a motion put forward by the opposition that we would look at the merchant navy as a separate issue in committee. We are doing that now. We had our first meeting last Thursday. The Royal Canadian Legion appeared before us, as well as merchant navy veterans from the Maritime area, led by Mr. Aurele Ferlatte and Mr. Ossie MacLean, who staged the hunger strike here late last year. They were very happy with the way they were received.

This afternoon, we will be hearing four more merchant navy organizations. I believe that Mr. George Shaker will be appearing before us, as well as other gentlemen.

M. Nicholson: J'ai le plaisir de mentionner que le projet de loi C-61, la loi proposée, englobe la marine marchande dans la loi actuelle.

Le sénateur Forrestall: Il n'y a donc rien d'important, dans mon projet de loi émanant du Sénat, qui ne soit pas là.

M. Nicholson: C'est exact.

Le sénateur Forrestall: Je tiens à vous exprimer ma gratitude pour cela. Afin que je sois absolument sûr, est-ce que cela englobe le concept d'une excuse?

M. Nicholson: Non.

M. Brunton: Il ne s'agit pas d'une prérogative législative.

Le sénateur Forrestall: Vous avez peut-être raison.

En ce qui concerne les honneurs dus publiquement à nos soldats décédés, les garanties sont-elles élargies, comme le droit des marins marchands d'être présents, informés et avisés, comme le sont tous les autres groupes?

M. Nicholson: C'est le cas actuellement.

Le sénateur Forrestall: Ces droits seront alors élargis en vertu du présent projet de loi.

M. Nicholson: Ils le sont maintenant pour les événements commémoratifs. Ils ont été traités de la même façon que les militaires en uniforme depuis maintenant de nombreuses années.

Vous soulevez peut-être une question concernant le cortège du vice-royal le 11 novembre. Cela ne change pas, non.

Le sénateur Forrestall: Il n'y a rien comme le progrès. Où allons-nous maintenant?

M. Nicholson: Sénateur, je pense que nous réalisons de belles choses.

Le président: Dans mes commentaires sur le projet de loi C-61, j'ai demandé une mise à jour sur les négociations concernant le règlement avec les marins marchands et leur demande d'indemnisation en raison du fait qu'ils étaient exclus de certains avantages qui s'appliquaient aux autres anciens combattants. Monsieur Wood, pourrions-nous avoir une mise à jour sur ce sujet?

M. Bob Wood, député, secrétaire parlementaire du ministre des Anciens combattants: Certainement, sénateur. Comme vous le savez, avec l'aide de Cliff Chadderton, nous avons pu faire adopter ce projet de loi assez rapidement à la Chambre des communes, sans opposition. Le gouvernement a appuyé une motion présentée par l'opposition visant à étudier la marine marchande comme un sujet distinct en comité. C'est ce que nous faisons actuellement. Nous avons eu notre première rencontre jeudi dernier. La Légion royale canadienne a comparu devant nous, ainsi que des anciens combattants de la marine marchande venus de la région des Maritimes, avec à leur tête M. Aurele Ferlatte et M. Ossie MacLean, qui avaient organisé la grève de la faim ici même à la fin de l'année dernière. Ils ont été très satisfaits de la façon dont ils ont été reçus.

Cet après-midi, nous entendrons des témoins de quatre autres organisations de marins marchands. Je crois que M. George Shaker comparaitra devant nous, ainsi que d'autres messieurs.

The hearings are well underway. We will obviously take a break over the Easter recess, but we will be back. I still have Mr. Chadderton to hear, plus a number of other people who wish to come before us. Any senator who wishes to observe some of those hearings is more than welcome to be in the room and to hear the testimony.

We just started, but I imagine there will be a number of different proposals in regard to compensation. Obviously the committee is open to listen to them.

The Chairman: What does the motion state? Can you tell us what the motion is?

Mr. Wood: I cannot right offhand. I can certainly get it for you. The motion was put forward by Mr. Goldring from the Reform Party. To paraphrase it, it was that we look at the whole merchant navy issue before the committee and make some kind of recommendation before June 1.

The Chairman: The clerk has found the motion. Perhaps she could read it to the committee.

Ms Barbara Reynolds (Clerk of the Committee):

As a condition of passage of the first paragraph, I would further move that this committee agree to undertake a separate study of the Merchant Navy compensation issue before the parliamentary summer recess, including hearing from those Veterans Organisation's witnesses that have previously asked to appear, and that a report with recommendations be prepared and presented to Parliament in a timely manner.

The Chairman: Does the government interpret that motion as being one that will provide compensation?

Mr. Wood: I do not think so. It provides the merchant navy an opportunity to come before us and state their case, and it leaves it open to interpretation of a ruling by the committee.

The Chairman: As it stands today, the government is not committed to make any compensation.

Mr. Wood: No, Mr. Chairman, it is not.

Senator Forrestall: I do not feel free to comment on that, to tell you the truth. Could the parliamentary secretary indicate to us whether that is because the government, in its wisdom, is awaiting consideration of your report?

Mr. Wood: I think that is one of the reasons, senator. We must look at several factors. Other groups perhaps have some reservations, and we must look at those as well.

Senator Forrestall: We are about to go to war, no matter what you call it. Canadians will be shot at. Without much question, there will be Canadian merchant seamen, not necessarily on Canadian flag-registered vessels, but in the vicinity of that war zone. In other words, they will be in the general vicinity of the launching stage area for cruise missiles and other aircraft. How do we deal with these individuals?

Les audiences sont en cours. Nous prendrons évidemment une pause pendant le congé de Pâques, mais nous reviendrons ensuite. Je dois encore entendre M. Chadderton ainsi qu'un certain nombre d'autres personnes qui souhaitent comparaître devant nous. Tout sénateur qui aimerait assister à ces audiences à titre d'observateur est le bienvenu pour entendre les témoignages.

Nous venons à peine de commencer, mais j'imagine qu'il y aura un certain nombre de propositions différentes concernant l'indemnisation. Il est évident que le comité est disposé à les entendre.

Le président: Que stipule la motion? Pouvez-vous nous communiquer le contenu de la motion?

M. Wood: Je ne peux pas vous le dire comme ça. Je peux assurément l'obtenir pour vous. La motion a été présentée par M. Goldring, du Parti réformiste. Pour paraphraser, elle nous demandait d'étudier en comité toute la question de la marine marchande et de formuler une recommandation avant le 1^{er} juin.

Le président: La greffière a trouvé la motion. Elle pourrait peut-être la lire au comité.

Mme Barbara Reynolds (greffière du comité):

Je propose cette motion à condition que le comité accepte d'entreprendre avant le congé d'été une étude distincte de la question d'une indemnité pour les anciens combattants de la marine marchande, y compris de tenir des audiences auxquelles participeraient des témoins des organisations d'anciens combattants ayant demandé à comparaître, et qu'un rapport accompagné de recommandations soit rédigé et présenté au Parlement dans un délai raisonnable.

Le président: Le gouvernement interprète-t-il cette motion comme devant fournir une indemnité?

M. Wood: Je ne le pense pas. Elle offre à la marine marchande la possibilité de comparaître devant nous et de plaider sa cause, et elle laisse la porte ouverte à une interprétation d'une décision prise par le comité.

Le président: En l'état actuel des choses, le gouvernement ne s'est pas engagé à verser une quelconque indemnité.

M. Wood: Non, monsieur le président, pas du tout.

Le sénateur Forrestall: Pour vous dire la vérité, j'hésite à faire des commentaires à ce sujet. Le secrétaire parlementaire pourrait-il nous indiquer si c'est parce que le gouvernement, dans sa grande sagesse, attend de lire votre rapport?

M. Wood: Je pense que c'est l'une des raisons, sénateur. Nous devons examiner plusieurs facteurs. D'autres groupes ont peut-être des réserves à émettre et nous devons également les examiner.

Le sénateur Forrestall: Nous sommes prêts à entrer en guerre, quel que soit le nom que vous utilisiez. Des Canadiens seront tués. Il ne fait pratiquement aucun doute qu'il y aura des marins marchands canadiens, pas forcément sur des navires battant pavillon canadien, mais dans la région de cette zone de guerre. Autrement dit, ils se trouveront dans la zone de lancement de missiles de croisière et d'autres aéronefs. Comment allons-nous traiter ces personnes?

Is it up to them to come forward and identify by virtue of their registration that they have, in fact, been at sea and have been in what could be described, without too much difficulty, a war zone? Are they eligible to come forward if they have served under these circumstances on their own?

Mr. Nicholson: That is a very interesting question, Senator Forrestall. Let me try to reply.

First, if there is a requirement from NATO to become involved in Kosovo, the Canadian government would declare a Special Duty Area, which would cover the troops that would be assigned in that area to peacekeeping.

If other groups of Canadians were involved on the periphery, which would probably be the case for any merchant navy that might become involved on ships that are providing provisions or launching sites for missiles or whatever, they would first be covered under the provisions of their employment in terms of injury or disability. Today, unlike it was between 1939 and 1945, it is quite comparable to any compensation or medical support system that the military has.

I am assuming you are not talking about navy ships here, but rather supply ships and the like.

My very able technical advisor is attempting to give me a note.

Mr. Brunton: As well as the employment benefits, a separate act governs injury and death while serving in the merchant navy. It is administered by the Department of Human Resources Development, and the act is entitled the Merchant Seamen Compensation Act. In effect, it is the Worker's Compensation Act for the merchant seamen. This legislation was not in force during World War II. It was created after World War II when the need was seen.

As I understand shipping and transportation companies and their policies and procedures, as the deputy says, if they were sending a crew into a danger zone, there would be a premium of some kind on their pay. Additional insurance would be required as well to cover them all against the increased risk. I believe the insurance is available and is not affected by the so-called war risk clauses, the exclusion clauses, because this is not yet a war; nor is it a naval war, nor are any countries except possibly Serbia likely to be mobilized.

Between the employment benefits and the Merchant Seaman Act, which is funded by contributions through the companies, I believe those people would all be covered.

Senator Forrestall: It is difficult, of course, because it is so hypothetical. Were we to enter, it would be a matter of uninvited intervention, which would then colour how you would look at certain other things, among them the Merchant Marine Compensation Act.

Ce sera à elles de se présenter et de s'identifier en vertu de leur immatriculation pour dire qu'elles ont en fait été en mer et qu'elles se sont trouvées dans ce que l'on pourrait décrire, sans trop de difficultés, comme une zone de guerre? Seront-elles admissibles à faire une demande de leur propre initiative si elles ont servi dans ces circonstances?

M. Nicholson: C'est une question très intéressante, sénateur Forrestall. Permettez-moi d'essayer d'y répondre.

Tout d'abord, si l'OTAN nous demande de nous impliquer au Kosovo, le gouvernement canadien déclarera une zone de service spécial, qui couvrira les troupes qui seront affectées au maintien de la paix dans cette région.

Si d'autres groupes de Canadiens sont impliqués à la périphérie, ce qui sera probablement le cas pour tout marin marchand qui pourra être présent sur des navires qui fournissent des provisions ou des rampes de lancement pour des missiles ou autres, ils seront couverts en premier lieu en vertu des clauses de leur emploi en termes de blessure ou d'incapacité. Aujourd'hui, à la différence de ce qui s'est passé entre 1939 et 1945, c'est assez comparable à tout régime d'indemnisation ou de soutien médical dont bénéficient les militaires.

Je suppose que vous ne parlez pas des navires de la marine, mais plutôt des navires ravitailleurs et autres du même genre.

Mon conseiller technique très compétent s'efforce de me transmettre une note.

M. Brunton: En plus des prestations reliées à l'emploi, une loi distincte régit les blessures et les décès pendant le service dans la marine marchande. Elle est administrée par le ministère du Développement des ressources humaines et s'appelle la Loi sur l'indemnisation des marins marchands. En fait, c'est la Loi sur les accidents du travail pour les marins marchands. Elle n'était pas en vigueur pendant la Seconde Guerre mondiale. Elle a été adoptée après la guerre, lorsque le besoin s'est fait sentir.

Si je comprends les compagnies d'expédition et de transport et leurs politiques et méthodes, comme le dit le sous-ministre, si elles envoient un équipage dans une zone dangereuse, il y a une prime quelconque qui vient s'ajouter à leur rémunération. Une assurance supplémentaire sera également nécessaire pour les couvrir tous contre le risque accru. Je crois que l'assurance est disponible et n'est pas touchée par les soi-disant clauses du risque de guerre, les clauses d'exclusion, parce que ce n'est pas encore une guerre; ce n'est pas non plus une guerre navale, et il est peu probable que des pays déclarent une mobilisation générale, sauf peut-être la Serbie.

Entre les prestations relatives à l'emploi et la Loi sur l'indemnisation des marins marchands, qui est financée par des cotisations par l'intermédiaire des compagnies, je pense que ces gens seront tous protégés.

Le sénateur Forrestall: C'est évidemment difficile parce que c'est tellement hypothétique. Si nous devons entrer en guerre, ce serait une question d'intervention non sollicitée, qui nuancerait alors la façon dont on examinerait certaines autres choses, dont la Loi sur l'indemnisation des marins marchands.

The ships are modern, and the owners go to great lengths to ensure that they are maintained well and that they have a good crew. Part of that is a good compensation package, including activity in dangerous waters. However, the likelihood of that being 100 per cent the case is pretty remote.

I am concerned about the seamen, the mates and the engineers who are on an oil tanker, for example, perhaps hauling gas into that part of the world, who find themselves in difficulty. They stay with that company for two or three years, then come home and say, "I have had enough of that; I am going to retire." They then drop a line to the officer and say, "Where should I present myself? I am a veteran."

I am not trying to be facetious.

Mr. Nicholson: It is very much tied during wartime to the theatre of war or during peacetime to the Special Duty Area. If they are not covered by that, they would not be covered by us.

Senator Forrestall: Is there a capacity within the department to redescribe what is a "war zone"? Perhaps that is a political matter. Going back to the beginnings of the former Yugoslavia, we now have five or six different kinds of interventions and wars that have become a very accurate and descriptive part of our nomenclature in the last 10 years. Have we updated the background that supports that?

Mr. Nicholson: I believe we have. Since 1945 — and I am loath to throw a number on the table — we have created in excess of 30 Special Duty Areas. They are geographically described to include all participation by Canada.

Senator Forrestall: That is what I was getting at. Perhaps it is time we stopped describing them geographically.

Mr. Nicholson: Yes, and had a blanket description.

Senator Forrestall: Yes, that might do it. They should be described according to the form of the intervention. True peacekeeping is probably quite fine, but then it deteriorates rapidly into other forms of confrontation and intervention. That is just an idea.

Mr. Nicholson: Veterans Affairs would not be the lead department to do that. We would probably take the lead from Foreign Affairs and DND in that regard.

Senator Forrestall: Veterans Affairs acts only to ensure that there are no cracks through which something is lost.

Mr. Nicholson: Yes, exactly.

Senator Forrestall: I have firsthand knowledge of just how diligent that quest has been over the years. You will understand why I want the same for our country.

Mr. Nicholson: I certainly do. It merits a good policy review at any time as far as our legislation is concerned.

Les navires sont modernes et les propriétaires font tout leur possible pour s'assurer qu'ils sont bien entretenus et disposent d'un bon équipage. Une partie de cela est un bon régime de rémunération, incluant des opérations dans des eaux dangereuses. Toutefois, il est très peu probable que ce soit le cas à 100 p. 100.

Je suis préoccupé par les marins, les seconds maîtres et les ingénieurs qui se trouvent sur un pétrolier, par exemple, peut-être pour transporter de l'essence dans cette partie du monde, et qui se retrouvent en difficulté. Ils travaillent pour cette compagnie pendant deux ou trois ans, ensuite ils reviennent chez eux et disent: «J'en ai assez de cette vie; je vais prendre ma retraite». Ils écrivent alors un petit mot à l'officier en disant: «Où devrais-je me présenter? Je suis un ancien combattant».

Je n'essaie pas d'être facétieux.

M. Nicholson: En temps de guerre, tout cela est intimement lié au théâtre des opérations ou, en temps de paix, à la zone de service spécial. S'ils ne sont pas couverts par cela, ils ne seront pas couverts par nous.

Le sénateur Forrestall: Y a-t-il quelqu'un dans le ministère qui peut redéfinir ce qu'est une «zone de guerre»? C'est peut-être une question politique. Si l'on revient aux débuts de l'ancienne Yougoslavie, nous avons maintenant cinq ou six types différents d'interventions et de guerres qui sont devenus un élément très précis et descriptif de notre nomenclature au cours des 10 dernières années. Avons-nous mis à jour le cadre qui supporte cela?

M. Nicholson: Je pense que nous l'avons fait. Depuis 1945 — et je répugne à lancer un chiffre sur la table — nous avons créé plus de 30 zones de service spécial. Elles sont décrites sur un plan géographique de façon à englober toute participation du Canada.

Le sénateur Forrestall: C'est là où je voulais en venir. Il est peut-être temps que nous cessions de les décrire sur un plan géographique.

M. Nicholson: Oui, et d'avoir une description globale.

Le sénateur Forrestall: Oui, cela pourrait régler le problème. Il faudrait les décrire en fonction du genre d'intervention. Les véritables opérations de maintien de la paix sont probablement assez bien, mais la situation se détériore ensuite rapidement vers d'autres formes de confrontation et d'intervention. C'est seulement une idée.

M. Nicholson: Le ministère des Anciens combattants ne serait pas le ministère principal pour faire cela. À cet égard, ce rôle serait probablement assumé par les Affaires étrangères et le MDN.

Le sénateur Forrestall: Le ministère des Anciens combattants s'assure simplement qu'il n'y a pas de failles dans lesquelles on pourrait perdre quelque chose.

M. Nicholson: Oui, exactement.

Le sénateur Forrestall: J'ai une connaissance directe de la diligence qui a entouré cette recherche au fil des ans. Vous comprendrez pourquoi je veux la même chose pour notre pays.

M. Nicholson: Assurément. Cela mérite un bon examen permanent des politiques en ce qui a trait à nos lois.

Senator Forrestall: It changes so rapidly that it would be a shame to get caught up and have to look at the difficulties of making laws retroactive.

Mr. Nicholson: That is the nature of the jobs now. What was peacekeeping in 1946-47 has now taken on a whole different meaning.

The Chairman: Mr. Wood, I presume that you have read our report, "Raising the Bar," and that you are much better informed now as a result.

Mr. Wood: Yes, I am. However, I am not as informed as the gentlemen sitting to my left.

The Chairman: I presume that you read both the detailed remarks and my remarks.

In my remarks, I made a suggestion concerning pensions for VIPs. I am concerned that the committee will not complete its work or get the report completed in time. Even if they do, it will be some time before the government makes a decision because the report, as you have indicated, is not binding and the government has given no guarantee.

These people are getting older. Their numbers are small now and they will be much smaller in two to three years' time. It is an unfortunate fact of life. They cannot wait forever for some assistance.

There is no reason why these seamen could not be placed under "VIP" at the present time. I do not think it requires a change in the legislation, and it would be beneficial because it would provide them with things such as hearing aids, drugs, where necessary, priority access and beds. That does not take a legislative change; it can be done by the department. Can you not give consideration to VIP classification for the merchant seamen at the present time rather than waiting for a full compensation package?

Mr. Wood: Some of them receive treatment now through the VIP program.

The Chairman: Some of them do, but not all of them.

Mr. Wood: No, not all of them.

The Chairman: I am asking that the balance of those who are not included be put on that program.

Mr. Wood: Sure. However, there might be some problems with that.

Mr. Nicholson: You are aware that the gateway into the Veterans Independence Program is through either the disability pension program or our income test award veterans allowance program. If you are in receipt of the war veterans allowance or a disability pension, then you get VIP. Interestingly enough, if you are in receipt of a war veterans allowance, you get all the provisions of the VIP. If you are in receipt of a disability pension, we provide certain health care benefits and other related services in light of your pension condition.

Le sénateur Forrestall: La situation évolue si rapidement qu'il serait dommage d'être pris au piège et de devoir examiner les difficultés d'une rétroactivité législative.

M. Nicholson: C'est la nature des emplois à l'heure actuelle. Ce qui était le maintien de la paix en 1946-1947 a maintenant acquis une signification tout à fait différente.

Le président: Monsieur Wood, je présume que vous avez lu notre rapport, «Relever la barre», et qu'en conséquence vous êtes maintenant beaucoup mieux informé.

M. Wood: Oui, je le suis. Toutefois, je ne suis pas aussi informé que ces messieurs assis à ma gauche.

Le président: Je présume que vous avez lu à la fois les remarques détaillées et mes remarques.

Dans mes remarques, j'ai fait une suggestion concernant les pensions accordées dans le cadre du Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC). Ce qui m'inquiète, c'est que le comité n'achèvera pas ses travaux ou ne terminera pas son rapport en temps voulu. Même s'il y parvient, il faudra un certain temps avant que le gouvernement prenne une décision parce que le rapport, comme vous l'avez mentionné, n'est pas exécutoire et que le gouvernement n'a donné aucune garantie.

Ces gens vieillissent de plus en plus. Leur effectif est faible à l'heure actuelle et le sera encore davantage d'ici deux ou trois ans. Malheureusement, c'est la vie. Ils ne peuvent pas attendre indéfiniment pour obtenir de l'aide.

Il n'y a aucune raison interdisant de placer maintenant ces marins sous le «PAAC». Je ne pense pas qu'une telle mesure exigerait une modification législative et elle serait bénéfique parce qu'elle leur fournirait des choses comme des prothèses auditives, des médicaments, au besoin, un accès prioritaire et des lits. Cela ne nécessite pas une modification législative; le ministère peut le faire. Ne pouvez-vous pas envisager dès maintenant une classification dans le cadre du PAAC pour les marins marchands plutôt que d'attendre une offre d'indemnisation complète?

M. Wood: Certains d'entre eux reçoivent déjà un traitement par le biais du PAAC.

Le président: Certains d'entre eux, mais pas tous.

M. Wood: Non, pas tous.

Le président: Je demande que tous les autres qui ne sont pas inclus relèvent de ce programme.

M. Wood: Bien sûr. Cependant, cela pourrait poser certains problèmes.

M. Nicholson: Vous êtes au courant que l'accès au PAAC se fait soit par le programme de pension d'invalidité, soit selon notre critère de l'état des revenus dans le cadre du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Si vous recevez l'allocation aux anciens combattants ou une pension d'invalidité, alors vous bénéficiez du PAAC. Élément assez intéressant, si vous recevez une allocation aux anciens combattants, vous bénéficiez de toutes les dispositions du PAAC. Si vous recevez une pension d'invalidité, nous fournissons certaines prestations de soins de santé et d'autres services connexes à la lumière de la situation de votre pension.

The participation rate of Merchant Navy in receipt of benefits is somewhere around 75 per cent to 76 per cent. A great many of them are either disability pensioners or they are receiving WVA. Where this tends to get complicated is that, out of the 405,000 uniformed veterans alive in Canada today, the total in receipt of VIP is about 80,000. That includes the Merchant Navy. To open a provision like this to one group of veterans — and believe me they are true veterans in every sense of the word, and if this bill goes through that will remove any doubt whatsoever — would be, as the parliamentary secretary indicates, difficult to manage.

The Chairman: The number would be very small, Mr. Nicholson. You said that 75 per cent of the 3,000 are already receiving some coverage.

Mr. Nicholson: Yes.

The Chairman: Why not be generous and cover the remaining 250 or 300 individuals?

Mr. Nicholson: If we agree that a veteran is a veteran is a veteran — and certainly there would be no ambiguity about that if this bill were passed — then we would be providing something to a small group of veterans. That would not be applied to a large group of veterans.

There are probably 300,000 uniformed veterans who are not in receipt of VIP.

The Chairman: I do not think you would find any objection by the veterans group. They are in agreement that there is a distinct difference because the merchant seamen were excluded on the basis of government policy at the time. I think you will find that the veterans agree that there should be some compensation paid. I should like to see you give consideration to the remaining 300 or so who are not covered. By the time compensation comes out of this inquiry — that is, if compensation does come out of it — I do not think these chaps will still be around.

Mr. Nicholson: First, senator, I agree entirely with you that there would be no concern from the veterans organizations. However, by the same token, they may be interested in extending the same type of benefit to the remaining uniform veterans in Canada. That is an entirely different scenario.

The Chairman: As you recall in our report, we recommended VIP treatment for those who served overseas and those on disability pensions.

Mr. Nicholson: I believe it is important to have this in the record: The department continues to give consideration to the priorities of the Royal Canadian Legion, the army, navy and airforce veterans associations and the National Council of Veterans Associations. Indeed, this year, we managed to meet their top priorities under the provision of this bill.

Le taux de participation des marins marchands qui reçoivent des prestations se situe aux alentours de 75 à 76 p. 100. Un grand nombre d'entre eux sont des bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou reçoivent l'allocation aux anciens combattants. Là où la situation commence à se compliquer, c'est que parmi les 405 000 anciens combattants en uniforme encore vivants au Canada aujourd'hui, environ 80 000 au total bénéficient du PAAC. Cela inclut la marine marchande. Ouvrir une disposition comme celle-ci à un groupe d'anciens combattants — et croyez-moi ce sont vraiment des anciens combattants dans tous les sens du terme, et si ce projet de loi est adopté, tout doute quelconque sera dissipé — serait, comme l'a mentionné le secrétaire parlementaire, difficile à gérer.

Le président: Le nombre serait minime, monsieur Nicholson. Vous avez dit que 75 p. 100 des 3 000 bénéficient déjà d'une certaine protection.

M. Nicholson: Oui.

Le président: Pourquoi ne pas être généreux et ne pas protéger les 250 à 300 personnes qui restent?

M. Nicholson: Si nous admettons qu'un ancien combattant est un ancien combattant — et il n'y aurait assurément plus aucune ambiguïté à ce sujet si ce projet de loi était adopté — alors nous offririons quelque chose à un petit groupe d'anciens combattants. Cela ne s'appliquerait pas à un grand groupe d'anciens combattants.

Il y a probablement 300 000 anciens combattants en uniforme qui ne bénéficient pas du PAAC.

Le président: Je ne pense pas que le groupe des anciens combattants s'y objecterait. Il est d'accord qu'il y a une nette différence parce que les marins marchands ont été exclus sur la base de la politique gouvernementale en vigueur à l'époque. Vous constateriez que les anciens combattants sont d'accord pour dire qu'il faudrait verser une forme d'indemnisation. J'aimerais que l'on prenne en considération les quelque 300 personnes restantes qui ne sont pas protégées. D'ici le temps où une indemnisation jaillira de cette enquête — si toutefois une indemnisation en résulte jamais — je ne pense pas que ces pauvres gars seront encore vivants.

M. Nicholson: Tout d'abord, sénateur, je suis entièrement d'accord avec vous que cela n'inquiéterait pas les organisations d'anciens combattants. Toutefois, par la même occasion, ils seraient peut-être intéressés à élargir le même genre d'avantages aux autres anciens combattants en uniforme au Canada. C'est un scénario complètement différent.

Le président: Comme vous vous en souvenez, dans notre rapport nous avons recommandé le traitement du PAAC pour ceux qui ont servi outre-mer et pour ceux qui reçoivent des pensions d'invalidité.

M. Nicholson: J'estime qu'il est important de noter cela au procès-verbal. Le ministère continue à prendre en considération les priorités de la Légion royale canadienne, des associations d'anciens combattants de l'armée de terre, de la marine et de l'aviation et des associations membres du Conseil national des anciens combattants. En fait, cette année, nous avons réussi à

There have been great improvements to benefits for veterans in this country such that they are the finest in the world. Many of the things that the veterans organizations support are to be considered later on this year, next year and the year after until there is not a thing left in terms of a benefit that is required by a veteran in need.

Senator Forrestall: You could do all that this afternoon if you wanted to.

The Chairman: You said that you gave priority to the views of the veterans organizations. I rather regret that you did not mention this committee. Do we not receive any consideration?

Mr. Nicholson: As you know, sir, you are always at the top of our list. That goes without saying, senator.

Senator Cohen: I do not know if the timing for this is appropriate or not, but I was really struck by the idea of cluster housing for veterans, which was mentioned in the report "Raising the Bar."

Today a minister will be appointed to look after the whole area of homelessness in Canada. Many of our veterans are living below the poverty line. This might be a fine opportunity to get in on the ground floor to discuss the whole issue of cluster housing within the full context of homelessness in Canada. It is something that I wanted to put in the record because it may be a window of opportunity.

Mr. Nicholson: That is an excellent suggestion, senator, and we will follow up on that.

Senator Johnstone: My question concerns ferry command. Ferry command is finally being recognized by the department but without the insurance principle, meaning that they are only eligible to receive benefits if the condition in question can be tied directly to an incident in direct combat or counterattack against the enemy. Why have they not been given proper recognition? Do we need to go through another struggle like that of the merchant marines?

Mr. Wood: I certainly hope not, senator. I know that we have taken a long time to recognize the Hong Kong veterans. I know that the department is always getting suggestions. I would hope that ferry command would be one of those suggestions. There are also the foresters in Newfoundland. The deputy minister might want to add to that.

Mr. Nicholson: I will add to that. It is probably tied directly to my previous answer. We know that this subject enjoys a high priority with all the veterans organizations. It is under consideration. As the parliamentary secretary has indicated, these things tend to come at us in lists. We do not do the prioritization of those: we relay them to the veterans organizations and the House and Senate committees.

satisfaire leurs principales priorités sous le couvert de ce projet de loi.

Au Canada, les prestations offertes aux anciens combattants ont été nettement améliorées, si bien qu'elles sont les meilleures au monde. Bon nombre des points que les organisations d'anciens combattants appuieront seront examinés plus tard cette année, l'an prochain et l'année suivante jusqu'à ce qu'il ne reste plus rien au niveau des avantages requis par un ancien combattant dans le besoin.

Le sénateur Forrestall: Vous pourriez faire tout cela cet après-midi si vous le vouliez.

Le président: Vous dites que vous avez accordé la priorité aux points de vue des organisations d'anciens combattants. Je regrette que vous n'ayez pas fait mention de notre comité. Est-ce que nos points de vue sont pris en considération?

M. Nicholson: Comme vous le savez, monsieur, vous êtes toujours en tête de liste. Cela va de soi, sénateur.

Le sénateur Cohen: Je ne sais pas si c'est ou non le bon moment d'aborder ce sujet, mais j'ai vraiment été frappée par l'idée des îlots d'habitation pour les anciens combattants, qui a été mentionnée dans le rapport intitulé: «Relever la barre».

Aujourd'hui, un ministre sera nommé pour s'occuper de toute la question des sans-abri au Canada. Bon nombre de nos anciens combattants vivent sous le seuil de la pauvreté. Ce serait peut-être une occasion idéale d'intervenir dès le départ pour aborder toute la question des îlots d'habitation dans le contexte global des sans-abri au Canada. C'est un point que je voulais voir figurer au procès-verbal parce que c'est peut-être un créneau.

M. Nicholson: C'est une excellente suggestion, sénateur, et nous allons y donner suite.

Le sénateur Johnstone: Ma question concerne le commandement des traversiers. Il est enfin reconnu par le ministère mais sans le principe de l'assurance, ce qui signifie qu'ils ne sont admissibles à des prestations que si leur état peut être directement lié à un incident de combat direct ou de contre-attaque contre l'ennemi. Pourquoi ne leur a-t-on pas accordé une reconnaissance convenable? Faudra-t-il se livrer à une autre bataille comme celle des marins marchands?

M. Wood: Assurément, j'espère que non, sénateur. Je sais que nous avons pris beaucoup de temps à reconnaître les anciens combattants de Hong Kong. Je sais que le ministère reçoit toujours des suggestions. J'ose espérer que le commandement des traversiers figurera au nombre de ces suggestions. Il y a aussi les forestiers à Terre-Neuve. Le sous-ministre voudrait peut-être ajouter quelque chose à ce sujet.

M. Nicholson: Je vais ajouter quelque chose. Cette intervention a probablement un lien direct avec ma réponse précédente. Nous savons que ce sujet est très prioritaire parmi les organisations d'anciens combattants. Il est à l'étude. Comme l'a mentionné le secrétaire parlementaire, ces choses ont tendance à nous parvenir sous forme de listes. Nous n'établissons pas les priorités sur ces listes: nous les transmettons aux organisations d'anciens combattants et aux comités de la Chambre et du Sénat.

I can tell you now that that has crept up to the top of the priority list for most of those stakeholders and is under consideration. I go no further than that because the deputy minister is here to explain policy, not to create policy. Therefore, I shall not pre-empt my political masters on this one.

Senator Johnstone: What about the forestry corps that went overseas? I know that they were very active in the north of Scotland.

Mr. Nicholson: They are on the list with the ferry command as the groups of civilians who are still not receiving the full range of veterans benefits. They are another priority of the veterans organizations.

Those in the Second World War were under a slightly different regime than those in the First World War. There is an interesting distinction between the two groups.

Mr. Brunton: In World War I, the forestry corps were military units and their members were members of the military. That was also true in World War II; the Canadian Army had a Canadian forestry corps. However, when the emergency of war arose, Britain needed to have a force of trained loggers to get the pit props for the coal mines from Scotland. The need was urgent, because they did not have time to give military training to those people. Therefore, they asked the Government of Newfoundland to create a special civilian unit that could be engaged immediately and brought over to Scotland. A huge portion of the population of Newfoundland, 3,500 people, served in this way.

At the end of the war when the terms of the union of Canada and Newfoundland were being negotiated, those Newfoundland foresters fell through the cracks. They had thought that they would be treated as veterans. I have not been able to find any historical proof that they were promised that, but certainly they believed that. There was an intention to include them under the terms of the union, but it is a small group and it has just not been done. As Mr. Nicholson said, it is being considered now. It is the highest priority of the veterans organizations.

Senator Johnstone: It is interesting that Newfoundland supplied most of the members of the forestry corps. I could name several individuals from the other Maritime provinces who were in the forestry corps. I do not know how they became associated with Newfoundland, but it was considered to be a Newfoundland division of the Canadian army.

Mr. Brunton: They may well have joined the Newfoundland unit, but it is more likely that they joined the Canadian or British forces, and they would therefore already be veterans in the full sense of the word.

Je peux vous dire aujourd'hui que cette question a accédé au sommet de la liste des priorités pour la plupart de ces intervenants et fait l'objet d'une étude. Je ne peux pas vous en dire plus car le sous-ministre est ici pour expliquer la politique, pas pour la créer. Par conséquent, je ne devancerai pas mes maîtres politiques sur ce sujet.

Le sénateur Johnstone: Qu'en est-il du corps des forestiers qui est allé outre-mer? Je sais qu'ils ont été très actifs au nord de l'Écosse.

M. Nicholson: Ils figurent, avec le commandement des traversiers, sur la liste des groupes de civils qui ne bénéficient pas encore de tout l'éventail des prestations accordées aux anciens combattants. C'est une autre priorité des organisations d'anciens combattants.

Ceux qui ont participé à la Seconde Guerre mondiale étaient assujettis à un régime légèrement différent de ceux qui ont participé à la Première Guerre mondiale. Il existe une distinction intéressante entre les deux groupes.

M. Brunton: Au cours de la Première Guerre mondiale, le corps des forestiers était des unités militaires et ses membres faisaient partie de l'armée. C'était également vrai au cours de la Seconde Guerre mondiale; l'armée canadienne avait un corps forestier canadien. Toutefois, lorsque l'urgence de la guerre a surgi, la Grande-Bretagne avait besoin d'une force de bûcherons entraînés pour aller chercher les étais pour les mines de charbon en Écosse. Le besoin était urgent, parce qu'on n'avait pas le temps de donner la formation militaire à ces gens. Par conséquent, on a demandé au gouvernement de Terre-Neuve de créer une unité civile spéciale qui pourrait être engagée immédiatement et transportée en Écosse. Un pourcentage élevé de la population de Terre-Neuve, soit 3 500 personnes, a servi de cette manière.

À la fin de la guerre, lorsque les conditions de l'union du Canada et de Terre-Neuve ont commencé à être négociées, ces forestiers de Terre-Neuve sont passés entre les mailles du filet. Ils avaient pensé qu'ils seraient traités comme des anciens combattants. Je n'ai pas été en mesure de trouver une quelconque preuve historique de cette promesse, mais assurément ils le pensaient. L'intention était de les inclure dans les conditions de l'union, mais c'est un petit groupe et cela n'a tout simplement pas été fait. Comme l'a mentionné M. Nicholson, la question est à l'étude aujourd'hui. C'est la principale priorité des organisations d'anciens combattants.

Le sénateur Johnstone: Il est intéressant de constater que Terre-Neuve a fourni la plupart des membres du corps forestier. Je pourrais citer plusieurs personnes d'autres provinces des Maritimes qui faisaient partie du corps forestier. Je ne sais pas comment elles ont été associées à Terre-Neuve, mais c'était considéré comme une division terre-neuvienne de l'armée canadienne.

M. Brunton: Elles ont très bien pu se joindre à l'unité de Terre-Neuve, mais il est beaucoup plus vraisemblable qu'elles aient joint les forces canadiennes ou britanniques, et elles seraient donc déjà des anciens combattants au plein sens du terme.

The problem arose because the Newfoundland unit was formed specifically as a civilian unit and therefore they slipped through the cracks and as civilians are eligible for only a few benefits.

Senator Ruck: Did the Japanese government provide any compensation for the treatment of Canadian POWs?

Mr. Nicholson: Yes, they did, but it was quite limited. I believe the first compensation was \$1 per day for every day that they were subject to slave labour under reform power. Then it was increased to \$1.50.

Mr. Brunton: Yes, it was all done under the treaty of peace with Japan. They allowed us to keep the assets that we had seized through the Custodian of Enemy Property and to put that money into a fund to provide compensation.

If you multiply the figure out, the POWs in the Far East received an average of \$1,800 each in the mid-1950s. I do not know how that translates into buying power in today's dollars. It looks small today, although it might have been a more substantial amount in the mid-1950s.

The Chairman: I am intrigued. You say that the Japanese allowed us to keep assets. I was not aware of that before. Does that amount to a sizeable sum?

Mr. Brunton: I do not know the total. I imagine it would have been something like several million dollars.

When we go to war, of course, every belligerent country seizes the assets of enemy nationals, puts them in their own hands and keeps control of them. After the war is over and the winner has been chosen, the treaty of peace dictates, through negotiation, what is to be done with those seized assets by every party in the conflict. In this case, the Japanese said, through the International Red Cross, that the allied countries could keep all those funds and use them to compensate the people who were maltreated. The word "maltreatment" is admitted in the treaty of peace. It expressly provides compensation for maltreatment.

Senator Ruck: Was there a trade-off between the way that the Government of Canada treated Japanese nationals residing in Canada and the way that Japan treated the POWs?

Mr. Nicholson: I do not know whether I would characterize it as a trade-off. However, the fact is that both parties have since been compensated by the Canadian government by a decision taken by last fall.

Senator Forrestall: I hesitate to bring up something quite so parochial as the Halifax Relief Commission, but I had one very brief question in that regard. First of all, I would welcome the intervention of my government in picking up the obligation that was there. Morally, we were required to do that.

Is the end in sight?

Le problème a surgi parce que l'unité de Terre-Neuve avait été formée spécifiquement comme une unité civile et qu'elle est donc passée entre les mailles du filet et que ses membres ne sont admissibles qu'à quelques très rares avantages en tant que civils.

Le sénateur Ruck: Le gouvernement japonais a-t-il fourni une indemnisation pour le traitement des prisonniers de guerre canadiens?

M. Nicholson: Oui, mais ce fut un montant assez limité. Je pense que la première indemnité a été de 1 \$ par jour pour chaque journée où ils ont été soumis à un travail d'esclave sous le pouvoir de la réforme. Ensuite, ce montant a été augmenté à 1,50 \$.

M. Brunton: Oui, tout cela a été fait dans le cadre du traité de paix avec le Japon. Ils nous ont permis de garder les actifs qui avaient été saisis par l'intermédiaire du séquestre des biens ennemis et de mettre cet argent dans un fonds pour offrir une indemnité.

Si vous faites la multiplication, les prisonniers de guerre en Extrême-Orient ont reçu en moyenne 1 800 \$ chacun au milieu des années 50. Je ne sais pas quel serait l'équivalent en pouvoir d'achat en dollars actuels. Ce montant semble maigre aujourd'hui, même s'il a pu être plus substantiel au milieu des années 50.

Le président: Une chose m'intrigue. Vous dites que les Japonais nous ont autorisés à conserver les actifs. Je n'étais pas au courant de cela. Cela représente-t-il une somme assez rondelette?

M. Brunton: Je ne connais pas le total. J'imagine que cela aurait pu atteindre plusieurs millions de dollars.

Lorsque nous entrons en guerre, il est évident que chaque pays belligérant saisit les actifs des ressortissants des pays ennemis, en prend la responsabilité et en assume le contrôle. Lorsque la guerre est terminée et que le gagnant est déclaré, le traité de paix dicte, par la négociation, ce qu'il advient de ces actifs saisis par chaque partie au conflit. Dans le cas présent, les Japonais ont déclaré, par le biais de la Croix-Rouge internationale, que les pays alliés pouvaient conserver tous ces fonds et les utiliser pour dédommager les gens qui avaient été maltraités. Le mot «maltraité» est accepté dans le traité de paix. Il prévoit expressément une indemnisation pour mauvais traitement.

Le sénateur Ruck: Y a-t-il eu un compromis entre la manière dont le gouvernement du Canada a traité les ressortissants japonais résidant au Canada et la façon dont le Japon a traité les prisonniers de guerre?

M. Nicholson: Je ne sais pas si je pourrais appeler cela un compromis. Toutefois, le fait est que les deux parties ont depuis lors été indemnisées par le gouvernement canadien à la suite d'une décision prise à l'automne dernier.

Le sénateur Forrestall: J'hésite à soulever une question qui dénote autant un esprit de clocher que la Commission de secours d'Halifax, mais j'avais une question très brève à ce sujet. Tout d'abord, je salue avec plaisir l'intervention de mon gouvernement visant à assumer l'obligation à remplir. Moralement, nous étions tenus de le faire.

Le dénouement est-il en vue?

Mr. Wood: I believe it is. There are 13 survivors left and we wish to ensure that they receive the benefits that have been promised them so that they can enjoy the last part of their lives.

Senator Forrestall: The international fund is depleted.

Mr. Wood: Nearly.

Senator Forrestall: How many years are left?

Mr. Wood: I could be wrong, but I believe it will end later on this year; will it not?

Mr. Brunton: I am under the impression that the actuaries have said that the fund will end either this year or next year, depending on the survival rate.

Senator Forrestall: Yes, of course.

I thank the government for that because, although that is a very small number, it has been very much a part of the history of Halifax for so many years now and I am just pleased that the survivors who remain will be looked after into the next millennium.

The only other thing I wish to bring up has to do with the deferment of the deadline for termination of war veterans allowance payments to allied veterans residing outside of Canada. Can you explain what deferment entails and what it means with respect to those people?

Mr. Nicholson: I was directly involved with providing advice to the government of the day. Essentially, that was as a result of program review. We were looking for opportunities to assist the government in coming to grips with its burgeoning annual deficit and accumulating national debt. At that time, a decision was taken that we would not pay the allowance outside of Canada, which meant that our allied veterans who were in receipt of the benefit would need to return to Canada and resume their residency here in order to continue to receive the benefit.

It seemed like a very reasonable decision at the time, given that those people established their residency in Canada, applied and qualified for the benefit and then decided to leave Canada assuming that we would continue the benefit no matter where in the world they lived. Following that decision, we received many expressions of concern from allied veterans who said that they had reached a stage in their lives, due to age and physical condition, where it would be a hardship to return to Canada.

In consultation with the minister, we decided to do our own medical assessment of a sample of allied veterans living abroad. We put together a Canadian medical team of four or five people including a public service doctor who happened to be of Greek extraction and who spoke both English and French. Since many of the benefits recipients were living in Greece, we started there. Then we did a number of assessments in the United Kingdom. We did indeed find that it would be a hardship, in some cases even life threatening, for those old veterans to return to Canada.

M. Wood: Je crois que oui. Il reste 13 survivants et nous tenons à nous assurer qu'ils recevront les prestations qui leur ont été promises afin qu'ils puissent profiter de leurs dernières années à vivre.

Le sénateur Forrestall: Le fonds international est épuisé.

M. Wood: Presque.

Le sénateur Forrestall: Combien d'années reste-t-il?

M. Wood: Je peux me tromper, mais je pense qu'il sera épuisé à la fin de cette année, n'est-ce pas?

M. Brunton: J'ai l'impression que les actuaires ont mentionné que le fonds sera épuisé cette année ou l'an prochain, selon le taux de survie.

Le sénateur Forrestall: Oui, évidemment.

Je remercie le gouvernement pour cette initiative car, bien qu'il s'agisse d'un très petit nombre, cela a vraiment constitué une partie de l'histoire de Halifax depuis tant d'années maintenant et je suis heureux de savoir que l'on s'occupera des derniers survivants durant le prochain millénaire.

Le seul autre point que je voudrais mentionner a trait au report du délai concernant la cessation des versements des allocations aux anciens combattants aux vétérans alliés qui résident en dehors du Canada. Pouvez-vous expliquer ce qu'entraîne le report et ce qu'il signifie pour ces gens?

M. Nicholson: J'ai été directement impliqué à titre de conseiller du gouvernement de l'époque. Essentiellement, ce fut un des résultats de l'examen des programmes. Nous recherchions des moyens d'aider le gouvernement à s'attaquer à son déficit annuel croissant et à l'accumulation de la dette nationale. À cette époque, une décision avait été prise de ne pas verser l'allocation en dehors du Canada, ce qui signifiait que nos vétérans alliés qui bénéficiaient de la prestation devaient revenir au pays et y résider de nouveau pour pouvoir continuer à recevoir la prestation.

La décision semblait très raisonnable à l'époque, étant donné que ces gens avaient établi leur résidence au Canada, demandé et obtenu l'allocation et ensuite décidé de quitter le Canada en supposant que nous continuerions à leur verser la prestation indépendamment de leur pays de résidence. Suite à cette décision, nous avons reçu de nombreuses marques d'inquiétude de vétérans alliés disant qu'ils avaient atteint une étape dans leur vie, en raison de leur âge et de leur condition physique, où il leur serait difficile de retourner au Canada.

En consultation avec le ministre, nous avons décidé d'effectuer notre propre évaluation médicale d'un échantillon de vétérans alliés résidant à l'étranger. Nous avons mis sur pied une équipe médicale canadienne composée de quatre ou cinq personnes, dont un médecin de la fonction publique qui était, par hasard, d'origine grecque et parlait le français et l'anglais. Étant donné que bon nombre des bénéficiaires vivaient en Grèce, nous avons commencé par ce pays. Ensuite, nous avons effectué un certain nombre d'évaluations au Royaume-Uni. De fait, nous avons constaté que ce serait difficile, même dangereux pour leur vie dans certains cas, de demander à ces vétérans âgés de retourner au Canada.

Our minister went to cabinet with his concerns. Since then, it has been on deferral. The provisions of this bill will confirm that. Passage of this bill would terminate that arrangement.

I know, from having done the assessment, that were we to return those veterans to Canada, a great many of them would immediately fall upon Canada's social and health care systems. That is not raised in the bill, nor has it been raised prominently in the media recently. Although I am not prepared to state this, not having done the work, I believe that the arrangement now through the provisions of this bill is the appropriate one.

Those numbers have declined considerably since 1994. Most of those allied veterans are in their late 80s or late 70s.

Senator Ruck: Mr. Chairman, permit me to say a few words with respect to the Halifax Relief Commission. I believe we are talking about the same relief commission that was set up following the Halifax explosion in 1917.

I had a very unpleasant experience with that particular commission back in the 1950s. I had a difficult time finding housing accommodations in Halifax because of my race and/or colour. I approached the Halifax Relief Commission to purchase some land since they had come into possession of quite a large block of land in the north end of Halifax. I visited the commission office and spoke to the manager who told me that most of the lands were spoken for, but that I should write them a letter and perhaps my request could be met.

I wrote the letter while working on the railway. I sent the letter off from Newcastle, New Brunswick. When I came back to Halifax, I found that I had received no response from them. I contacted them and was told by the manager that all the lands were spoken for. I made phone calls to them under a different name and was told that lands were available. I approached the chairman, who had been mayor of Halifax at the time of the VE day riots and whose name escapes me now. He indicated to me that they could not sell me the land because whites in the neighbourhood would object and they had to protect their interests. I went to the Halifax city office and spoke to their solicitor. I asked him if there were any rules or regulations restricting blacks from living in that part of Halifax. He told me that there were not. I went to see the mayor of the city; I will not mention his name, because I think he is still around and I do not want to embarrass him. He told me that there was nothing he could do to assist me. I did not get that land in the north end of Halifax on which to build a home. I had to go over to Dartmouth and build a home there.

I came across an interesting document in the public archives that showed that eight black veterans of World War II applied for land in that area and were told to talk to their city councillors. Those black veterans were not sold any land. They could not purchase land in that area.

Notre ministre a formulé ses inquiétudes devant le cabinet. Depuis lors, cette question est reportée. Les dispositions de ce projet de loi le confirmeront. L'adoption de ce projet de loi mettrait fin à cet arrangement.

Ayant effectué l'évaluation, je sais que si nous avions ramené ces vétérans au Canada, un grand nombre d'entre eux seraient immédiatement tombés sous le coup des régimes sociaux et de soins de santé au Canada. Cette question n'est pas soulevée dans le projet de loi et n'a pas non plus été fortement médiatisée récemment. Bien que je ne sois pas prêt à déclarer cela, n'ayant pas effectué le travail, je pense que la démarche prévue en vertu des dispositions de ce projet de loi est la bonne.

Ces effectifs ont diminué considérablement depuis 1994. La plupart de ces vétérans alliés approchent de 80 ou 90 ans.

Le sénateur Ruck: Monsieur le président, permettez-moi de dire quelques mots au sujet de la Commission de secours d'Halifax. Je pense que nous parlons de la même commission de secours qui avait été mise sur pied suite à l'explosion survenue à Halifax en 1917.

J'ai vécu une expérience très désagréable avec cette commission dans les années 50. J'éprouvais des difficultés à trouver un logement à Halifax en raison de ma race et/ou de ma couleur. J'ai communiqué avec la Commission de secours d'Halifax pour acheter un terrain puisqu'elle avait pris possession d'une parcelle de terrain assez vaste à l'extrémité nord de Halifax. Je me suis rendu au bureau de la commission et j'ai parlé au gestionnaire qui m'a dit que la plupart des terrains étaient réservés, mais que je devrais écrire une lettre et que ma demande serait peut-être acceptée.

J'ai écrit la lettre alors que je travaillais pour les chemins de fer. Je l'ai envoyée de Newcastle au Nouveau-Brunswick. Lorsque je suis revenu à Halifax, j'ai constaté que je n'avais pas reçu de réponse. J'ai communiqué avec la commission et le gestionnaire m'a dit que tous les terrains étaient réservés. J'ai fait des appels téléphoniques sous un nom différent et on m'a répondu que des terrains étaient disponibles. J'ai communiqué avec le président, qui avait été maire de Halifax à l'époque des émeutes pour le jour de la victoire en Europe et dont le nom m'échappe aujourd'hui. Il m'a dit qu'on ne pouvait pas me vendre le terrain parce que des Blancs du quartier s'y objecteraient et qu'il fallait protéger leurs intérêts. Je me suis rendu au bureau de la ville de Halifax où j'ai parlé à l'avocat. Je lui ai demandé s'il y avait des règles ou des règlements qui empêchaient les Noirs de vivre dans cette partie de Halifax. Il m'a répondu que non. Je suis allé voir le maire de la ville; je ne mentionnerai pas son nom, car je pense qu'il est toujours vivant et je ne veux pas l'embarrasser. Il m'a dit qu'il ne pouvait rien faire pour m'aider. Je n'ai pas obtenu ce terrain, au nord de Halifax, sur lequel j'aurais pu me bâtir une maison. J'ai dû me rendre à Dartmouth, où j'ai construit une maison.

Dans les archives publiques, je suis tombé sur un document intéressant qui révélait que huit anciens combattants noirs de la Seconde Guerre mondiale avaient fait une demande de terrain dans cette région et qu'on leur avait dit de parler à leur conseiller municipal. Aucun terrain n'a été vendu à ces anciens combattants noirs. Ils n'ont pas pu acheter de terrain dans cette région.

It was a very humbling experience for me to be treated in that manner. Things have changed considerably now, no doubt due to the human rights legislation that is in place. We have come a long way in terms of race relations in Halifax but there is still a considerable way to go.

The Chairman: Thank you for sharing that with us.

Honourable senators, if there are no further questions, I will thank our witnesses and then we will proceed with consideration of the bill.

Senator Forrestall: Before the witnesses leave, I have something to add. We have a unique situation today, colleagues, because this may very well be the last time that we will have before us either Senator Phillips or Mr. Nicholson, the deputy minister of Veterans Affairs. These distinguished gentlemen have both dealt for many years with the business of veterans, veterans' families and so on.

I think it is fitting and appropriate that we all express our appreciation to the Deputy Minister, who has truly been a friend of veterans, and who has made the passage of business through this and other committees similar to it in both houses much easier. Having served 25 years in the other house, I speak from some experience in this regard.

These two men have made the issues more understandable to the veterans and their families, who, like most people, are somewhat confused with the legalese of legislation. They have reduced the legalese to human, understandable terms.

It is very fitting that we express our appreciation to Senator Phillips, who has tracked so much legislation from the other place through to its fruition here, and to Mr. Nicholson, although he may be around for another two or three years since they are having difficulty finding anyone to replace him.

Mr. Nicholson: You are very kind.

Senator Forrestall: I just wanted to pay tribute to the two of you.

Hon. Senators: Hear, hear!

Mr. Nicholson: Thank you all very much. It has been a great pleasure for me to spend the last ten years working with Canada's veterans. I am very appreciative of the way this committee has treated me and also my departmental colleagues.

The Chairman: Honourable senators, we have had a fairly thorough discussion of the bill. Is there any need for us to do clause-by-clause study?

Hon. Senators: No.

Senator Johnstone: In that case, Mr. Chairman, I have the honour of moving:

Ce fut une expérience très humiliante de me faire traiter de cette manière. Les choses ont considérablement changé maintenant, indubitablement à cause de la loi sur les droits de la personne qui est en vigueur. Nous avons fait beaucoup de progrès au niveau des relations raciales à Halifax, mais je pense qu'il y a encore beaucoup de chemin à parcourir.

Le président: Merci d'avoir partagé cette expérience avec nous.

Honorables sénateurs, s'il n'y a pas d'autres questions, je vais remercier nos témoins et nous passerons ensuite à l'examen du projet de loi.

Le sénateur Forrestall: Avant le départ des témoins, j'aimerais ajouter quelque chose. Chers collègues, nous nous trouvons aujourd'hui dans une situation unique, car ce pourrait bien être la dernière fois que nous avons devant nous le sénateur Phillips ou M. Nicholson, sous-ministre des Anciens combattants. Ces distingués personnages ont tous deux étudié pendant de nombreuses années les problèmes des anciens combattants, de leurs familles, et cetera.

Je pense qu'il est approprié et opportun que nous exprimions tous notre reconnaissance à l'endroit du sous-ministre, qui a véritablement été un ami des anciens combattants et qui a nettement facilité l'examen des questions au sein de ce comité et dans d'autres comités semblables dans les deux chambres. Ayant passé 25 ans dans l'autre chambre, je parle par expérience à cet égard.

Ces deux messieurs ont facilité la compréhension des enjeux pour les anciens combattants et leurs familles qui, comme la plupart des gens, sont parfois déconcertés par le jargon juridique de la loi. Ils ont ramené ce jargon à des termes compréhensibles pour les humains.

Il est tout à fait approprié que nous exprimions notre reconnaissance à l'endroit du sénateur Phillips, qui a suivi tant de projets de loi depuis l'autre chambre jusqu'à leur maturation ici, et de M. Nicholson, même s'il pourrait se retrouver encore parmi nous pendant deux ou trois ans puisqu'ils éprouvent des difficultés à trouver quelqu'un pour le remplacer.

M. Nicholson: Vous êtes très aimable.

Le sénateur Forrestall: Je voulais simplement vous rendre hommage à tous les deux.

Des voix: Bravo!

M. Nicholson: Merci beaucoup. Ce fut un grand plaisir pour moi de consacrer ces dix dernières années à collaborer avec les anciens combattants du Canada. Je vous suis très reconnaissant de la façon dont votre comité m'a traité, ainsi que mes collègues du ministère.

Le président: Honorables sénateurs, nous avons eu une discussion assez approfondie du projet de loi. Est-il nécessaire d'en faire l'étude article par article?

Des voix: Non.

Le sénateur Johnstone: Dans ce cas, monsieur le président, j'ai l'honneur de proposer:

That the Senate subcommittee do report Bill C-61 without amendment, but include in the report to the Senate a special recommendation that the Government make the fair settlement with Merchant Mariners an immediate priority.

The Chairman: You have heard the motion, honourable senators. Is it agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: There being no opposition, the motion is carried.

That completes the agenda for today. Thank you very much for your attendance and cooperation.

The committee adjourned.

Que le sous-comité du Sénat fasse rapport du projet de loi C-61 sans modification, mais en incluant dans le rapport au Sénat une recommandation spéciale à l'effet que le gouvernement fasse du règlement équitable avec les marins marchands une priorité immédiate.

Le président: Honorables sénateurs, vous avez entendu la motion. Est-elle adoptée?

Des voix: Adoptée.

Le président: Puisqu'il n'y a pas d'opposition, la motion est adoptée.

Ceci épuise l'ordre du jour de cette séance. Merci beaucoup de votre présence et de votre collaboration.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From Veterans Affairs Canada:

Mr. J. David Nicholson, Deputy Minister;
Mr. Bob Wood, M.P., Parliament Secretary to the minister;
Mr. Richard A. Brunton, Director of Portfolio Legislation,
Portfolio Executive Services;
Mr. Alex Robert, Portfolio Quality Services Coordinator,
Corporate Planning Division.

Du ministère des Anciens combattants:

M. J. David Nicholson, sous-ministre;
M. Bob Wood, député, secrétaire parlementaire du ministre;
M. Richard A. Brunton, directeur, Législation du portefeuille,
Services exécutifs du portefeuille;
M. Alex Robert, coordonnateur des services de qualité du
portefeuille, Direction générale de la planification
ministérielle.



First Session
Thirty-sixth Parliament, 1997-98-99

Première session de la
trente-sixième législature, 1997-1998-1999

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Standing Senate Committee on Social Affairs,
Science and Technology*

*Comité sénatorial permanent des
affaires sociales, des sciences et de la technologie*

Proceedings of the Subcommittee on

Délibérations du sous-comité des

Veterans Affairs

Anciens combattants

Chairman:
The Honourable R. JAMES BALFOUR

Président:
L'honorable R. JAMES BALFOUR

Tuesday, May 11, 1999
Tuesday, June 8, 1999

Le mardi 11 mai 1999
Le mardi 8 juin 1999

Issue No. 14

Fascicule n° 14

Future Business and

First and only meeting on:

A study on issues relating to persons coming under
the jurisdiction of Veterans Affairs Canada
including the availability, quality and standards of all
benefits available to such persons

Travaux futurs et

Première et unique réunion concernant :

Une étude sur différentes questions concernant
les personnes qui relèvent de la compétence
d'Anciens combattants Canada.
y compris l'accessibilité, la qualité et la nature de tous
les services offerts à ces personnes

THE SUBCOMMITTEE ON VETERANS AFFAIRS

The Honourable R. James Balfour, *Chairman*

and

The Honourable Senators:

Bryden	* Lynch-Staunton
Cohen	(or Kinsella)
Cools	Ruck
* Graham, P.C. (or Carstairs)	

* *Ex Officio Members*

(Quorum 3)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Bryden substituted for that of the Honourable Senator Johnstone (*June 8, 1999*).

The name of the Honourable Senator Ruck substituted for that of the Honourable Senator Poy (*June 8, 1999*).

The name of the Honourable Senator Poy substituted for that of the Honourable Senator Ruck (*May 12, 1999*).

The name of the Honourable Senator Cohen substituted for that of the Honourable Senator LeBreton (*May 12, 1999*).

The name of the Honourable Senator LeBreton substituted for that of the Honourable Senator Cohen (*May 11, 1999*).

The name of the Honourable Senator Ruck substituted for that of the Honourable Senator Poy (*May 10, 1999*).

The name of the Honourable Senator Poy substituted for that of the Honourable Senator Ruck (*May 5, 1999*).

The name of the Honourable Senator Balfour substituted for that of the Honourable Senator Phillips (*April 23, 1999*).

LE SOUS-COMITÉ DES ANCIENS COMBATTANTS

Président: L'honorable R. James Balfour

et

Les honorables sénateurs:

Bryden	* Lynch-Staunton
Cohen	(ou Kinsella)
Cools	Ruck
* Graham, c.p. (ou Carstairs)	

* *Membres d'office*

(Quorum 3)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Bryden est substitué à celui de l'honorable sénateur Johnstone (*le 8 juin 1999*).

Le nom de l'honorable sénateur Ruck est substitué à celui de l'honorable sénateur Poy (*le 8 juin 1999*).

Le nom de l'honorable sénateur Poy est substitué à celui de l'honorable sénateur Ruck (*le 12 mai 1999*).

Le nom de l'honorable sénateur Cohen est substitué à celui de l'honorable sénateur LeBreton (*le 12 mai 1999*).

Le nom de l'honorable sénateur LeBreton est substitué à celui de l'honorable sénateur Cohen (*le 11 mai 1999*).

Le nom de l'honorable sénateur Ruck est substitué à celui de l'honorable sénateur Poy (*le 10 mai 1999*).

Le nom de l'honorable sénateur Poy est substitué à celui de l'honorable sénateur Ruck (*le 5 mai 1999*).

Le nom de l'honorable sénateur Balfour est substitué à celui de l'honorable sénateur Phillips (*le 23 avril 1999*).

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of Monday, May 31, 1999:

The Honourable Senator Murray, P.C., for the Honourable Senator Balfour moved, seconded by the Honourable Senator Beaudoin:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to undertake a study on issues relating to persons coming under the jurisdiction of Veterans Affairs Canada including the availability, quality and standards of all benefits available to such persons;

That the Committee be empowered to permit coverage by electronic media of its public proceedings with the least possible disruption of its hearings;

That the Committee be empowered to present its final report no later than March 31, 2000; and

That the Committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit its report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting, and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du lundi 31 mai 1999.

L'honorable sénateur Murray, c.p., au nom de l'honorable sénateur Balfour, propose, appuyé par l'honorable sénateur Beaudoin,

Que le comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à entreprendre une étude sur différentes questions concernant les personnes qui relèvent de la compétence d'Anciens combattants Canada, y compris l'accessibilité, la qualité et la nature de tous les services offerts à ces personnes;

Que le comité soit autorisé à permettre la couverture de ses délibérations publiques par les médias électroniques de manière à déranger le moins possible ses travaux;

Que le comité soit autorisé à présenter son rapport final au plus tard le 31 mars 2000; et

Que le comité soit autorisé, sans égard aux pratiques habituelles, si le Sénat ne siège pas lorsque le rapport final du comité est terminé, à déposer le rapport auprès du Greffier du Sénat et que le rapport soit considéré comme ayant été déposé devant la Chambre.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul Bélisle

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Tuesday, May 11, 1999
(24)

[English]

The Subcommittee on Veterans Affairs met at 5:25 p.m. this day *in camera* in Room 520, Victoria Building.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators LeBreton, Johnstone, Balfour and Ruck (4).

Other senators present: The Honourable Senators Fairbairn and Maloney.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Grant Purves, Research Officer.

Pursuant to rule 88, the clerk presided over the election of a chairman.

The Honourable Senator Johnstone moved — That the Honourable Senator Balfour be elected chairman of the Subcommittee.

The question being put on the motion, it was adopted.

It was agreed — That the Committee would seek through a motion by the Chair in the Senate the following Order of Reference:

That the Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to undertake a study on issues relating to persons coming under the jurisdiction of Veterans Affairs Canada including the availability, quality and standards of all benefits available to such persons.

It was agreed — That the committee would travel to Charlottetown in September for briefings with Veterans Affairs Canada and that the clerk would prepare a budget for consideration by the subcommittee.

At 5:55 p.m. the subcommittee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Tuesday, June 8, 1999
(25)

[English]

The Subcommittee on Veterans Affairs met at 9:40 a.m. this day *in camera* in Room 705, Victoria Building, the Chairman, the Honourable James Balfour, presiding.

Members of the subcommittee present: The Honourable Senators Balfour, Cohen, and Ruck (3).

Pursuant to the Order of reference adopted by the Senate on Monday May 31, 1999, the committee proceeded to study on issues relating to persons coming under the jurisdiction of Veterans Affairs Canada including the availability, quality and standards of all benefits available to such persons.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mardi 11 mai 1999
(24)

[Traduction]

Le sous-comité des anciens combattants se réunit aujourd'hui à huis clos, à 17 h 25, dans la pièce 520 de l'édifice Victoria.

Membres du sous-comité présents: Les honorables sénateurs LeBreton, Johnstone, Balfour et Ruck (4).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Fairbairn et Maloney.

Également présent: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement, Grant Purves, attaché de recherche.

Conformément à l'article 88 du Règlement, le greffier préside à l'élection à la présidence.

L'honorable sénateur Johnstone propose — Que l'honorable sénateur Balfour soit élu à la présidence du sous-comité.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Il est convenu — Que le président du comité demande au Sénat de lui conférer l'ordre de renvoi suivant:

Que le comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à entreprendre l'étude de différentes questions concernant les personnes qui relèvent de la compétence d'Anciens combattants Canada, y compris l'accessibilité, la qualité et la nature de tous les services offerts à ces personnes.

Il est convenu — Que le comité se rende à Charlottetown en septembre pour des séances d'information avec Anciens combattants Canada, et que le greffier prépare un budget qui sera soumis au sous-comité.

À 17 h 55, le sous-comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le mardi 8 juin 1999
(25)

[Traduction]

Le sous-comité des anciens combattants se réunit aujourd'hui à huis clos, à 9 h 40, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable James Balfour (*président*).

Membres du sous-comité présents: Les honorables sénateurs Balfour, Cohen, et Ruck (3).

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le lundi 31 mai 1999, le comité entreprend l'étude de différentes questions concernant les personnes qui relèvent de la compétence d'Anciens combattants Canada, y compris l'accessibilité, la qualité et la nature de tous les services offerts à ces personnes.

The Chairman presented a draft budget for a visit to headquarters of the Department of Veterans Affairs.

It was moved by the Honourable Senator Cohen and seconded by the Honourable Senator Ruck — That the following budget for the fiscal year ending March 31, 2000 be concurred in and that the Chairman submit same to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

Professional and other Services	\$ 3,000
Transportation and Communications	\$ 13,000
All other expenditures	\$ <u>1,000</u>
Total:	\$ 17,500

At 9:52 a.m. the subcommittee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Le président présente le budget proposé pour une visite à l'administration centrale du ministère des Anciens combattants.

Il est proposé par l'honorable sénateur Cohen et appuyé par l'honorable sénateur Ruck — Que le budget qui figure ci-dessous pour l'exercice se terminant le 31 mars 2000 soit adopté et que le président le soumette au comité permanent des affaires sociales des sciences et de la technologie.

Services professionnels et autres	3 000 \$
Transport et communications	13 000 \$
Toutes les autres dépenses	<u>1 000</u> \$
Total:	17 500 \$

À 9 h 52, le sous-comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du sous-comité,

Barbara Reynolds

Clerk of the Subcommittee



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Cœur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9



First Session
Thirty-sixth Parliament, 1997-99

Première session de la
trente-sixième législature, 1997-1999

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Standing Senate Committee on Social Affairs,
Science and Technology*

*Comité sénatorial permanent des
Affaires sociales, des sciences et de la technologie*

Subcommittee on

Sous-comité des

Veterans Affairs

Anciens combattants

Chairman:
The Honourable JAMES BALFOUR

Président:
L'honorable JAMES BALFOUR

INDEX

INDEX

OF PROCEEDINGS

DES DÉLIBÉRATIONS

(Issues Nos. 1 to 14 inclusive)

(Fascicules nos 1 à 14 inclusivement)



Prepared by

Louise Therrien,

Information and Documentation Branch,

LIBRARY OF PARLIAMENT

Compilé par

Louise Therrien,

Direction de l'information et de la documentation,

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

SENATE OF CANADA

Veterans Affairs,
Subcommittee of the Standing Senate Committee
on Social Affairs, Science and Technology
1st Session, 36th Parliament, 1997-99

INDEX

(Issues 1-14 inclusive)

R: Issue number followed by "R" refers to the English report contained within that issue number.

COMMITTEE

Veterans Affairs Subcommittee

Motions and agreements

Agenda and Procedure Subcommittee, 12:4

Bill C-61, without amendment but include in the report to the Senate a special recommendation that the government make the fair settlement with Merchant Mariners an immediate priority, 13:4,24-5

Budgets, 1:6; 14:5

Documents, exhibits, 3:4; 6:3-5,25,31,44,73,84

Elections, 14:4

Guarding History, report, 10:5

Jurisdiction of Veterans Affairs Department, 14:4-5

Organization meeting, 1:4-6

Procedures, 1:6; 3:4-6

Raising the Bar: Creating a New Standard in Veterans Health Care, report, 12:5

State of Health Care for War Veterans and Service Men and Women, report, 9:5

Veteran health care, 9:5; 12:4-5

Orders of reference

Bill C-61, 13:3

Canadian War Museum, 3:3; 10:4

Jurisdiction of Veterans Affairs Department, 14:3

Veteran health care, 1:3

Questions of privilege and points of order

Canadian War Museum, Senator Cool, 5:33; 7:32-3

Canadian War Museum, Senator Jessiman, 4:26

Canadian War Museum, Senator Kelly, 4:26

Canadian War Museum, Senator Phillips, 3:33,61,67; 4:39; 6:56; 7:13

Canadian War Museum, Senator Prud'homme, 4:26; 6:47,54-6

Veteran health care, Senator Phillips, 2:35

Reports to Committee

Guarding History: Study into the Future, Funding, and Independence of the Canadian War Museum, report, 10R:i-v,i-iii,1-21; 10RA:1-16

Raising the Bar: Creating a New Standard in Veterans Health Care, report, 12R:i-vii,1-2,1-57; 12RA:1-10

State of Health Care for War Veterans and Service Men and Women, first report, 9R:i-iv,1-37

SENATORS

Andreychuk, Hon. Raynell

Veterans health care, 11:12-4,21

Balfour, Hon. James, Chairman of the subcommittee (Issue 14)

Future business, procedure, 14:4

SÉNAT DU CANADA

Affaires des anciens combattants,
sous-comité du comité sénatorial permanent
des Affaires sociales, des sciences et de la technologie
1^{re} session, 36^e législature, 1997-1999

INDEX

(Fascicules 1-14 inclusivement)

R : Le numéro de fascicule suivi d'un « R » réfère au rapport contenu dans le fascicule.

COMITÉ

Anciens combattants, sous-comité

Motions et conventions

Budgets, 1:6; 14:5

Compétence du ministère des Anciens combattants, 14:4-5

Documents, pièces, 3:4; 6:3-5,25,31,44,73,84

Élections, 14:4

État (L') des soins de santé dispensés aux anciens combattants et aux personnes des forces armées canadiennes, rapport, 9:5

Gardien de notre histoire: rapport, 10:5

Procédures, 1:6; 3:4-6

Programme et procédure, sous-comité, 12:4

Projet de loi C-61, sans amendement, mais incluant dans son rapport au Sénat une recommandation spéciale voulant que le gouvernement accorde la priorité immédiate à un règlement équitable avec les marins de la marine marchande, 13:4,24-5

Relever la barre: Une nouvelle norme de soins de santé pour les anciens combattants, rapport, 12:5

Réunion d'organisation, 1:4-6

Soins de santé des anciens combattants, 9:5; 12:4-5

Ordres de renvoi

Compétence du ministère des Anciens combattants, 14:3

Musée canadien de la guerre, 3:3; 10:4

Projet de loi C-61, 13:3

Soins de santé des anciens combattants, 1:3

Questions de privilège et appels au Règlement

Musée canadien de la guerre, sénateur Cool, 5:33; 7:32-3

Musée canadien de la guerre, sénateur Jessiman, 4:26

Musée canadien de la guerre, sénateur Kelly, 4:26

Musée canadien de la guerre, sénateur Phillips, 3:33,61,67; 4:39; 6:56; 7:13

Musée canadien de la guerre, sénateur Prud'homme, 4:26; 6:47,54-6

Soins de santé des anciens combattants, sénateur Phillips, 2:35

Rapports au Comité

État (L') des soins de santé dispensés aux anciens combattants et aux personnes des forces armées canadiennes, premier rapport, 9R:i-iv, 1-38

Gardien de notre histoire: étude sur l'avenir, le financement et l'autonomie du Musée canadien de la guerre, rapport, 10R:i-v,i-iii, 1-21; 10RA:1-16

Relever la barre: Une nouvelle norme de soins de santé pour les anciens combattants, rapport, 12R:i-viii,1-2,1-60; 12RA:1-12

SÉNATEURS

Andreychuk, honorable Raynell

Soins de santé des anciens combattants, 11:12-4,21

Balfour, honorable James, président du sous-comité (fascicule 14)

Travaux futurs, procédure, 14:4

Bonnell, Hon. M. Lorne, Deputy Chairman of the subcommittee (Issues 1-2)

Organization meeting, 1:4-5,8-11
 Procedure, 1:6; 12:6
 Veterans health care, 2:12-6

Chalifoux, Hon. Thelma

Canadian War Museum, 3:20-1,36,41-2,83; 4:14-5,21,50-1,57,66,83-4, 99; 5:19-21,26-8,66,77-9,82-3; 6:30,37,53,63,69-70,77-8; 7:12,15, 41-3,51,57-9,63; 8:10-1

Cohen, Hon. Erminie J.

Bill C-61, 13:19
 Jurisdiction of Veterans Affairs Department, procedure, 14:5
 Veterans health care, procedure, 12:6-8

Cools, Hon. Anne C., Deputy Chairman of the subcommittee (Issues 3-11)

Canadian War Museum, 3:4-6,15-9,37-8,41,61-2,65-7,77,85-7; 4:12-3, 23-6,42-4,52,58,66,69-70,82-3,89-90; 5:13,16-9,23,31,39-41,56,78, 83,86; 6:3-5,14,25-6,47-8,60-2,67-8,73,83,91-2,97,103-5; 7:13-6, 35-7,44-6; 8:13-5; 10:5
 Questions of privilege and points of order, 5:33; 7:32-3
 Veterans health care, 2:12,30
 Procedure, 12:4-6,9

Forest, Hon. Jean B.

Canadian War Museum, 3:17,21,35,48,78,83; 4:11,22,50-2,66,69-71, 84,89,99; 5:21-2,27,39,44-6,56-7,66-7,75-7; 6:4,30,36,39,43-4,52-3, 67,75-7,86,91,95,105; 7:11-2,34-5,50-1,59-60,63
 Organization meeting, 1:4-5,8-11
 Veterans health care, 2:20-1

Forrestall, Hon. J. Michael

Bill C-61, 13:9,12-24

Jessiman, Hon. Duncan J.

Canadian War Museum, 3:11-2,17-9,27-30,46-8,52,56-9,65-6,75-6, 84-5; 4:39-42,54,70-1,77-8,89,98-9; 5:11-3,24-5,28-9,38-9,46,52-4, 65-6,71-3,83; 6:18,23-4,31,47,50-3,62-3,66-7,80-3,89,94-5,100,103; 7:8-16,28-34,46-7; 8:6-9
 Questions of privilege and points of order, 4:26
 Organization meeting, 1:4-11
 Veterans health care, 2:9-14,19-28,34-42,54-5
 Procedure, 9:5

Johnstone, Hon. Archibald, Deputy Chairman of the subcommittee (Issues 12-4)

Bill C-61, 13:4-8,11,19-20,24
 Jurisdiction of Veterans Affairs Department, procedure, 14:4
 Veterans health care, 11:11-2,22,26-8
 Procedure, 12:4-9

Kelly, Hon. William M.

Canadian War Museum, 3:12,15,30-2,39-41,60-1,82; 4:40-1,80-1,93-4, 99; 5:23,25-6; 6:21-2; 7:10-1
 Questions of privilege and points of order, 4:26

Phillips, Hon. Orville H., Chairman of the subcommittee (Issues 1-13)

Bill C-61, 13:6-14,17-9,21,24-5
 Canadian War Museum, 3:4-7,11,16,33,36-7,48-50,57-67,78,82,87; 4:11-2,15,22-3,53-5,58,63-7,71,88,90,93-4,98-9; 5:18-9,22-3,28, 31-2,42-4,47,57-60,68-70,74,82-6; 6:3,14,25,38-9,42-4,46,53-4, 71-2,78-9,82,89,94-5,99,107; 7:13,17,23-8,37-8,47-9,54-7,63; 8:9-10,15; 10R:3-4
 Questions of privilege and points of order, 3:33,61,67; 4:39,53-4; 5:33; 6:47,56; 7:13
 Organization meeting, 1:4-11
 Tribute, 13:4,24
 Veterans health care, 2:17-9,24-6,34-43,54-6; 11:4,9-16,23-7
 Procedure, 12:6-10
 Questions of privilege and points of order, 2:35

Bonnell, honorable M. Lorne, vice-président du sous-comité (fascicules 1-2)

Procédure, 1:6; 12:6
 Réunion d'organisation, 1:4-5,8-11
 Soins de santé des anciens combattants, 2:12-6

Chalifoux, honorable Thelma

Musée canadien de la guerre, 3:20-1,36,41-2,83; 4:14-5,21,50-1, 57,66,83-4,99; 5:19-21,26-8,66,77-9,82-3; 6:30,37,53,63,69-70,77-8; 7:12,15,41-3,51,57-9,63; 8:10-1

Cohen, honorable Erminie J.

Compétence du ministère des Anciens combattants, procédure, 14:5
 Projet de loi C-61, 13:19
 Soins de santé des anciens combattants, procédure, 12:6-8

Cools, honorable Anne C., vice-président du sous-comité (fascicules 3-11)

Musée canadien de la guerre, 3:4-6,15-9,37-8,41,61-2,65-7,77,85-7; 4:12-3,23-6,42-4,52,58,66,69-70,82-3,89-90; 5:13,16-9,23,31,39-41, 56,78,83,86; 6:3-5,14,25-6,47-8,60-2,67-8,73,83,91-2,97,103-5; 7:13-6,35-7,44-6; 8:13-5; 10:5
 Questions de privilège et appels au Règlement, 5:33; 7:32-3
 Soins de santé des anciens combattants, 2:12,30
 Procédure, 12:4-6,9

Forest, honorable Jean B.

Musée canadien de la guerre, 3:17,21,35,48,78,83; 4:11,22,50-2,66, 69-71,84,89,99; 5:21-2,27,39,44-6,56-7,66-7,75-7; 6:4,30,36,39, 43-4,52-3,67,75-7,86,91,95,105; 7:11-2,34-5,50-1,59-60,63
 Réunion d'organisation, 1:4-5,8-11
 Soins de santé des anciens combattants, 2:20-1

Forrestall, honorable J. Michael

Projet de loi C-61, 13:9,12-24

Jessiman, honorable Duncan J.

Musée canadien de la guerre, 3:11-2,17-9,27-30,46-8,52,56-9,65-6, 75-6,84-5; 4:39-42,54,70-1,77-8,89,98-9; 5:11-3,24-5,28-9,38-9,46, 52-4,65-6,71-3,83; 6:18,23-4,31,47,50-3,62-3,66-7,80-3,89,94-5, 100,103; 7:8-16,28-34,46-7; 8:6-9
 Question de privilège et appel au Règlement, 4:26
 Réunion d'organisation, 1:4-11
 Soins de santé des anciens combattants, 2:9-14,19-28,34-42,54-5
 Procédure, 9:5

Johnstone, honorable Archibald, vice-présidente du sous-comité (fascicules 12-4)

Compétence du ministère des Anciens combattants, procédure, 14:5
 Projet de loi C-61, 13:4-8,11,19-20,24
 Soins de santé des anciens combattants, 11:11-2,22,26-8
 Procédure, 12:4-9

Kelly, honorable William M.

Musée canadien de la guerre, 3:12,15,30-2,39-41,60-1,82; 4:40-1,80-1, 93-4,99; 5:23-6; 6:21-2; 7:10-1
 Question de privilège et appel au Règlement, 4:26

Phillips, honorable Orville H., président du sous-comité (fascicules 1-13)

Hommage, 13:4,24
 Musée canadien de la guerre, 3:4-7,11,16,33,36-7,48-50,57-67,78,82, 87; 4:11-2,15,22-3,53-5,58,63-7,71,88,90,93-4,98-9; 5:18-9,22-3,28, 31-2,42-4,47,57-60,68-70,74,82-6; 6:3,14,25,38-9,42-4,46,53-4,71-2, 78-9,82,89,94-5,99,107; 7:13,17,23-8,37-8,47-9,54-7,63; 8:9-10,15; 10R:3-4
 Questions de privilège et appels au Règlement, 3:33,61,67; 4:39,53-4; 5:33; 6:47,56; 7:13
 Projet de loi C-61, 13:6-14,17-21,24-5
 Réunion d'organisation, 1:4-11

Prud'homme, Hon. Marcel

Canadian War Museum, 3:13-5,20,32-4,61,67-70,76-7; 4:13-4,24,39-40,44,48,54,57-8,63-4,66,70-1,78-81; 5:13-8,28-31,41-3,46-7,54-6,59-60,71,74-5,79,85-6; 6:14,24-5,31,37-8,44-6,70-1,89-91,96-100,105-7; 7:16,23-4,27,39-41,49-50,60-3; 8:12-3
Questions of privilege and points of order, 4:26; 6:47,54-6

Ruck, Hon. Calvin

Bill C-61, 13:12,21-4
Jurisdiction of Veterans Affairs Department, procedure, 14:5
Veterans health care, procedure, 12:9

SUBJECTS

Bill C-61 - Act to amend the War Veterans Allowance Act, the Merchant Navy Veteran and Civilian War-related Benefits Act, the Department of Veterans Affairs Act, the Veterans Review and Appeal Board Act and the Halifax Relief Commission Pension Continuation Act and to amend certain other Acts in consequence thereof
Discussion, 13:6-24

Canadian War Museum*Airforce*, 4:45-9

Canadian Heritage Department, national museums

Crown corporations, role, legislative basis, 3:8-16,37-8; 6:89; 7:46
Financial Administration Act (FAA), 3:9; 7:46

Minister, 8:4-14

Canadian Museum of Civilization Corporation (CMCC)

Advisory committee or consultation, 4:33,63; 5:35,41; 6:19-20,23-4,64-72,80-4,103; 7:46-8

Board of trustees, members, criteria, qualifications, accountability, term, military knowledge, 3:17-8,21,44-7; 4:36-7,82; 6:22-6,34,59-60,64-72,103; 7:12,16-20,27-33; 8:6-11,14

Budget, 4:17; 5:68; 6:18,38

Conflicts, relationship between museums, 4:16,61-2; 6:15-6,22-3

Mandate, 3:9-13; 4:82; 5:66; 7:22,34

Canadian War Museum (CWM)

Advisory committee, board of trustees, members, accountability, mediator, mandate, procedures, 4:10,19-23,37,50; 5:58; 6:19,80-5,88-9,102-3; 7:8-12,28-33,45-6,50; 10R:1-3

Alternative, 5:36-7

Autonomy, independence, 4:11,16,47-8; 6:18,22,59,74-5,86,89; 7:7,21,34-5,49

Budget, finances, figures, research, 3:12-3,21-2,27-39,43-60,63-5,68-70; 4:17,34-6,44-50; 7:58-60; 8:13-4

Construction, development, upgrade, historical background, 3:52-3; 4:6-9,17,23-4,28,35,38-9,84; 5:20,27,57,68-9; 6:19-23,34,40-6,49-54,76-9,99-100; 7:23-7,46,55-60

Curator of the museum, former, Victor Suthren, 7:4-17,44-7

Federal Heritage Buildings Review Office (FHBRO), 7:25-6

Fund-raising, effects, 3:61-2,70-87; 4:18,30,34,37,41-3,61,88-9; 5:24-5,68; 6:17,49-52,101-4; 7:13-5,22,28,44-5

History, military, mandate, education, exposition, collection, 3:7,25-6,40-1,79-80; 4:12,16,26-9,37,40,45,55-60,63-4,68-9,74-5,80-3,94-8; 5:21,26,34-8,50-8,61-5; 6:6-14,18,30-1,38,48-9,56-60,65-8,73-7,85-6,93-8,101-2; 7:33,41-2,50-1

Native peoples, 3:41-2; 5:20-1,70-80; 7:41-2

Peace movement, just wars, effects, 6:57-62,87-8,91-6

Privatization, 7:10-1

Questionnaire, 6:57,63-4

Statistics, visitors, young people target, 3:20-1,23-4,31-4; 6:64; 7:52-3,60,62

Vimy House, 3:43-4,46,51; 4:59; 5:13,20; 6:49,53-4; 7:6,20-1

Phillips, honorable Orville H., président du sous-comité — Suite

Soins de santé des anciens combattants, 2:17-9,24-6,34-43,54-6; 11:4,9-16,23-7

Procédure, 12:6-10

Question de privilège et appel au Règlement, 2:35

Prud'homme, honorable Marcel

Musée canadien de la guerre, 3:13-5,20,32-4,61,67-70,76-7; 4:13-4,24,39-40,44,48,54,57-8,63-4,66,70-1,78-81; 5:13-8,28-31,41-3,46-7,54-6,59-60,71,74-5,79,85-6; 6:14,24-5,31,37-8,44-6,70-1,89-91,96-100,105-7; 7:16,23-4,27,39-41,49-50,60-3; 8:12-3
Questions de privilège et appels au Règlement, 4:26; 6:47,54-6

Ruck, honorable Calvin

Compétence du ministère des Anciens combattants, procédure, 14:5
Projet de loi C-61, 13:12,21-4

Soins de santé des anciens combattants, procédure, 12:9

SUJETS

Anciens combattants

Commandement des traversiers, corps des forestiers, prisonniers de guerre canadiens, Japon, 13:19-21

Commission de secours de Halifax, Loi sur la prise en charge des prestations, restriction, noirs, relations raciales, 13:23-4
Marine marchande, 13:12-9

Pensions, veuves, résidence, en dehors du Canada, 13:6-7,12-3,22

Programme pour l'autonomie des anciens combattants (PAAC), 13:17-8

Tribunal des anciens combattants (révision et appel), Commission canadienne des pensions, 13:7-12

Zone de service spécial, 13:15-6

État (L') des soins de santé dispensés aux anciens combattants et aux personnes des forces armées canadiennes

Recommandations, 9R:1-3,6-11,16-25

Texte, 9R:1-37

Gardien de notre histoire: étude sur l'avenir, le financement et l'autonomie du Musée canadien de la guerre

Recommandations, 10R:1-2,7,12,18-21

Texte, 10R:1-21

Musée canadien de la guerre*Airforce*, 4:45-9

Anciens combattants, ministère, rôle, 4:77,88; 5:66-8,73-4; 6:85,89

Consultation, processus, coupure entre les bureaucrates du musée et anciens combattants, manque, effets, 4:14-5,20-1,31-4,47-8,78-9,82; 5:39,53,58,77,83-4; 6:25,77

Canada (Le) et l'Holocauste, 18 décembre 1998, réunion, 4:21,34
Génocide, historique, musée, proposition, 5:44-7,54,69-70; 6:20-1,26-31,67,88

Groupe de travail sur les collections des musées d'histoire militaire au Canada: rapport, Gordon Hamilton et Denis Vaugeois, historique, recommandations, 3:18-9,43-50,71-2; 4:7,12,17-8,26-7,29,46-7; 5:65-6; 6:49,89; 7:12,21,55; 8:10,13; 10R:6-7,19

Holocauste, salle, controverse, discord, consultation, faits, 3:38-40,68-9,73-8,81-7; 4:9-13,18-9,27,32,60-2,83-4,91-4,97-8; 5:18-21; 6:38-9,65-6; 7:12-4,17,22-3,27-8,34-51,54-61; 8:11,14

Antisémitisme, racisme, 4:39-42,85,90; 5:15,40-2,59-60; 6:7,68-74,86,92,101,106
Emplacements, 5:31-2; 6:50,79-80,93,99-100,106

Exposition, 4:31; 5:28

Fonds canadien du mémorial de l'Holocauste, création, proposition, 6:35-7,74,89,105

Gaffen, Fred, références, 3:65-7; 4:66,85,88-90; 7:49-50; 8:12-3

Histoire, éducation, enfants de 14 ans, 4:21-2,34-6,40-3,74-5,95-6; 5:33-8,44,58-9,67; 6:21,32-5,64,67-9,73-5,93,98

Canadian War Museum —Cont'd

Consultation process, disconnection between museum bureaucrats and veterans, lack of, effects, 4:14-5,20-1,31-4,47-8,78-9,82; 5:39,53,58,77,83-4; 6:25,77

Canada and the Holocaust, December 18, 1998, meeting, 4:21,34

Genocide, history, museum, proposal, 5:44-7,54,69-70; 6:20-1,26-31,67,88

Holocaust gallery, controversy, division, consultation, facts, 3:38-40,68-9,73-8,81-7; 4:9-13,18-9,27,32,40,60-2,83-4,91-4,97-8;

5:18-21; 6:32-9,65-7; 7:12-4,17,22-3,27-8,34,36-51,54-61; 8:11,14

Anti-Semitism, racism, 4:39,42,85,90; 5:15,40-2,59-60; 6:7,68-72,74,86,92,101,106

Canadian Holocaust Memorial Fund, creation, proposal, 6:35-7,74,89,105

Exhibits, 4:31; 5:28

Gaffen, Fred, references, 3:65-7; 4:66,85,88-90; 7:49-50; 8:12-3

History, education, children under age of 14, 4:21-2,34-6,40-4,74-5,95-6; 5:33-4,36-8,44,58-9,67; 6:21,32-5,64,67-9,73,75,93,98

Sites, 5:31-2; 6:50,79-80,93,99-100,106

Media, disinformation, *Selected Media Coverage*, leaks, documents, 4:24-30,39,44,48-9,90; 5:11-7,22-5,29-30,38-9,42,59; 6:15-7,24-5,34-5,57-62,82-5,102-5

Museums, comparison, other countries, 5:53-4; 6:19,36,50,66,71

Museums Act of 1990, discussion, 3:8-10; 4:20,32-3; 7:8-9,20; 8:8

Task Force on Military History Museum Collections in Canada: report, Gordon Hamilton and Denis Vaugeois, background, recommendations, 3:18-9,43-50,71-2; 4:7,12,17-8,26-9,46-7; 5:65-6; 6:49,89; 7:12,21,55; 8:10,13; 10R:6-7,19

Veterans Affairs Department, role, 4:77,88; 5:66-8,73-4; 6:85,89

Guarding History: Study into the Future, Funding, and Independence of the Canadian War Museum

Recommendations, 10R:1-2,7,11-2,18,20-1

Text, 10R:1-21

Raising the Bar: Creating a New Standard in Veterans Health Care

Recommendations, 12R:1-8

Text, 12R:i-vii,1-2,1-57

State of Health Care for War Veterans and Service Men and Women

Recommendations, 9R:1-2,5,9-11,16-19,21-5

Text, 9R:1-37

Veterans

Ferry Command, forestry corps, Canadian Prisoners of War (POW), Japan, 13:19-21

Halifax Relief Commission Pension Continuation Act, restriction, blacks, race relations, 13:23-4

Merchant navy, 13:12-6,18-9

Pensions, widows, residence, outside of Canada, 13:6-7,12-3,22

Special duty area, 13:15-6

Veterans Independence Program (VIP), 13:17-8

Veterans Review and Appeal Board (VRAB), Canadian Pension Commission, 13:7-12

Veterans health care

Health care centres, provinces, 2:32; 9R:17-25; 11:4-27; 12R:11-33

Administration, 12R:47-8

Food reheated, problems, 2:12-4; 11:17,27; 12R:37-8

Long term care, bed availability, funding, jurisdiction, 2:9-12,17-9,24-35,38-40,44-6,54; 11:4-7,15,20-6

Staffing, standards, veteran safety, implementation, cuts, effects, 9R:6-11; 11:15-20,24-7; 12R:34-45

Treatment Accounts Processing System (TAPS), 12R:49

Volunteer system, 11:23,26; 12R:49

Merchant navy, definition, prisoners of war, history, 2:49-52,55-6; 12:9-10

Overview, 2:5-7,26

Pension, widow, 2:14-6,22-3; 12R:51-5

Questions from Committee, response, 2:29-32; 9R:27-34

Training, finance, 12R:48

Musée canadien de la guerre —Suite

Média, désinformation, *Selected Media Coverage*, documents, fuites, 4:24-30,39,44,48-9,90; 5:11-7,22-5,29-30,38-9,42,59; 6:15-7,24-5,34-5,57-62,82-5,102-5

Musée canadien de la guerre

Alternatives, 5:36-7

Autochtones, 3:41-2; 5:19-20,70-80; 7:41-2

Autonomie, indépendance, 4:11,16,47-8; 6:18,22,59,74-5,86,89; 7:7,21,34-5,49

Budget, finances, chiffres, recherche, 3:12-3,21-2,27-39,43-60,63-5,68-70; 4:17,34-6,44-50; 7:58-60; 8:13-4

Bureau d'examen des édifices fédéraux à valeur patrimoniale (BEEFVP), 7:25-6

Campagne de financement, effets, 3:61-2,70-87; 4:18,30,34,37,41-3,61,88-9; 5:24-5,68; 6:17,49-52,101-4; 7:6,13-5,22,28,44-5

Comité consultatif, mandat, procédures, conseil d'administration, membres, médiateur, imputabilité, 4:10,19-23,37,50; 5:58; 6:19,80-5,88-9,102-3; 7:8-12,28-33,45-6,50; 10R:1-3

Conservateur du musée, ancien, Victor Suthren, 7:4-17,44-7

Construction, développement, modernisation, historique, 3:52-3; 4:6-13,17,23-4,28,35,38-9,84; 5:20,27,57,68-9; 6:19-23,34,40-6,49-54,76-9,99-100; 7:23-7,46,55-60

Histoire militaire, mandat, éducation, exposition, collection, 3:7,25-6,40-1,79-80; 4:12,16,26-9,37,40,45,55-60,63-4,68-9,74-5,80-3,94-8; 5:21,26,34-8,50-8,61-5; 6:6-14,18,30-1,38,48-9,56-60,65-8,73-7,85-6,93-8,101-2; 7:33,41-2,50-1

Maison Vimy, 3:43-4,46,51; 4:59; 5:13,20; 6:49,53-4; 7:6,20-1

Mouvement pacifiste, guerre juste et légitime, effets, 6:57-62,87-8,91-6

Privatisation, 7:10-1

Questionnaire, 6:57,63-4

Statistiques, visiteurs, jeunes, cible, 3:20-4,31-4; 6:64; 7:52-3,60-2

Musées, comparaison, autres pays, 5:48-9,53-4; 6:19,36,50,66,71

Musées, Loi de 1990, discussion, 3:8-10; 4:20,32-3; 7:8-9,20; 8:8

Patrimoine canadien, ministère, musée nationaux

Gestion des finances publiques, Loi, 3:9; 7:46

Ministre, 8:4-14

Sociétés d'État, rôle, législation, 3:8-16,37-8; 6:89; 7:46

Société du Musée canadien des civilisations (SMCC)

Budget, 4:17; 5:68; 6:18,38

Comité consultatif, 4:33,63; 5:35,41; 6:19-20,23-4,64-72,80-4,103; 7:46-8

Conflits, relation entre les musées, 4:16,61-2; 6:15-8

Conseil d'administration, membres, critères, qualifications, durée, imputabilité, connaissance militaire, 3:17-8,21,44-7; 4:36-7,82; 6:22-6,34,59-60,64-72,103; 7:12,16-20,27-33; 8:6-11,14

Mandat, 3:9-13; 4:82; 5:66; 7:22,34

Projet de loi C-61 - Loi modifiant la Loi sur les allocations aux anciens combattants, la Loi sur les pensions, la Loi sur les avantages liés à la guerre pour les anciens combattants de la marine marchande et les civils, la Loi sur le ministère des Anciens combattants, la Loi sur le Tribunal des anciens combattants (révision et appel), la Loi sur la prise en charge des prestations de la Commission de secours de Halifax et d'autres lois en conséquence
Discussion, 13:6-24

Relever la barre: Une nouvelle norme de soins de santé pour les anciens combattants

Recommandations, 12R:1-8

Textes, 12R:i-vi,1-2,1-60

Soins de santé des anciens combattants

Anciens combattants, ministère (ACC)

Allocation aux anciens combattants, Loi, 2:24-7,30,43-4,47-8,53; 12R:58-60

Allocation pour soins, missions de maintien de la paix, 2:32-3; 12R:59

Conseil consultatif de gérontologie d'Anciens combattants Canada, 2:6,26

Veterans health care —Cont'd

- Veterans Affairs Department (DVA)(VAC)
 Attendance allowance, peacekeeping missions, 2:32-3; 12R:56-7
 Commitment, responsibility, role, leadership and government, 9R:3-5;
 11:7,9,12-4,20-1,24,27; 12R:33-4
 Complaints, income, management, 2:42; 11:26
 EDS Canada Ltd, privatization, 2:46-7
 Exceptional incapacity allowance, 2:32-3
 Housing, 12R:43-4
 National standards, 9R:11-6; 11:20
 Network of institutions, 12R:45-7
 Recommendations, 9R:1-2; 12R:1-8
 Safety inspections, 2:35-8,41,47
 Studies, 2:23-5,28-9,41
 Transfer agreement, funding, review, five year period, 11:4-7,9-12,19,
 21-2
 Veteran Independent Program (VIP), 2:18-21,28,33-4,43; 11:11,25-7;
 12R:41-3
 Veterans Affairs Canada Gerontological, Advisory Council, 2:6,26
 War Veterans Allowance (WVA), 2:24-7,30,43-4,47-8,53; 12R:51-5

Soins de santé des anciens combattants —Suite

- Anciens combattants, ministère (ACC) —Suite
 Engagement, responsabilité, rôle, leadership et gouvernement, 9R:5-7;
 11:7,9,12-4,20-1,24,28; 12R:35-6
 Entente de transfert, financement, examen quinquennal, 11:4-12,19-22
 Études, 2:23-5,28-9,41
 Logements, 12R:45-7
 Normes nationales, 9R:12-7; 11:20
 Plaintes, revenus, questionnaires, 2:42; 11:26
 Programme pour l'autonomie des anciens combattants, 2:18-21,28,
 33-4,43; 11:11,25-7; 12R:43-5
 Recommandations, 9R:1-2; 12R:1-8
 Réseaux des établissements, 12R:47-50
 Sécurité, inspections, 2:35-8,41,47
 Aperçu général, 2:5-7,26
 Centres de soins de santé, provinces, 2:32; 9R:17-25; 11:4-27;
 12R:11-33
 Bénévoles, réseau, 11:23,26; 12R:52
 Gestionnaires, 12R:50
 Nourriture, réchauffée, problèmes, 2:12-4; 11:17,27; 12R:39-41
 Personnel, normes, sécurité des anciens combattants, coupures, effets,
 9R:7-11; 11:15-20,24-7; 12R:36-47
 Soins de longue durée, lits, disponibilités, finances, compétences,
 2:9-12,17,19,24-35,38-40,44-6,54; 11:4-7,15,20-6
 Système de comptabilisation des traitements (SCT), 12R:51
 Formation, financement, 12R:50-1
 Marine marchande, définition, prisonniers de guerre, historique,
 2:49-52,55-6; 12:9-10
 Pensions, veuves, répartition, 2:14-6,22-3; 12R:53-8
 Questionnaire du Comité, réponse, 2:29-32; 9R:26-33

WITNESSES AND ADVISERS

- Abella, Irving**, Past President, Canadian Jewish Congress
 Canadian War Museum, 5:6-23; 6:14,25
- Addy, Clive**, Major General (Retired), Federation of Military and
 United Services Institutes of Canada
 Canadian War Museum, 5:80-6
- Anderson, Roland**, Past President, First Canadian Parachute Battalion
 Association
 Canadian War Museum, 4:93-4
- Annis, Ralph**, Vice-President and Chairman, Veterans Services and
 Legion Seniors Committees, Royal Canadian Legion
 Veterans health care, 2:5-21
- Bardach, Adam J.**, Captain, Second Polish Corps, Polish
 Combatants' Association in Canada
 Canadian War Museum, 4:53
- Blair, Gordon**, Grand President, Royal Canadian Legion
 Canadian War Museum, 4:3
- Bordeleau, Dan**, National Treasurer, Korea Veterans Association of
 Canada
 Canadian War Museum, 4:59-60,64
- Brooks, Thomas H.**, Company of Master Mariners of Canada, Merchant
 Navy Coalition for Equality
 Veterans health care, 2:52-3
- Brunton, Richard A.**, Director of Portfolio Legislation, Portfolio
 Executive Services, Veterans Affairs Department
 Bill C-61, 13:15,20-2
- Butt, Robert**, Public Relation Officer, Royal Canadian Legion
 Canadian War Museum, 4:3

TÉMOINS ET CONSEILLERS


- Abella, Irving**, président sortant, Congrès juif canadien
 Musée canadien de la guerre, 5:6-23; 6:14,25
- Addy, Clive**, major-général (retraité), Fédération des instituts
 militaires et interarmées du Canada
 Musée canadien de la guerre, 5:80-6
- Anderson, Roland**, président sortant, First Canadian Parachute
 Battalion Association
 Musée canadien de la guerre, 4:93-4
- Annis, Ralph**, vice-président et président, Services aux anciens
 combattants et Comités principaux de la Légion, Légion royale
 canadienne
 Soins de santé des anciens combattants, 2:5-21
- Bardach, Adam J.**, capitaine, Deuxième corps polonais, Association
 canadienne des combattants polonais
 Musée canadien de la guerre, 4:53
- Blair, Gordon**, grand président, Légion royale canadienne
 Musée canadien de la guerre, 4:3
- Bordeleau, Dan**, trésorier national, Association canadienne des
 vétérans de la Corée
 Musée canadien de la guerre, 4:59-60,64
- Brooks, Thomas H.**, Company of Master Mariners of Canada, Merchant
 Navy Coalition for Equality
 Soins de santé des anciens combattants, 2:52-3
- Brunton, Richard A.**, directeur, Législation du portefeuille, Services
 exécutifs du portefeuille, ministère des Anciens combattants
 Projet de loi C-61, 13:15,20-2
- Butt, Robert**, agent de relations publiques, Légion royale canadienne
 Musée canadien de la guerre, 4:3

- Chadderton, H. Clifford**, Honorary President, Sir Arthur Pearson Association of War Blinded; Chief Executive Officer, War Amputations of Canada; Chairman, National Council of Veteran Associations in Canada
Bill C-61, 13:13
Canadian War Museum, 4:24-45,50-1,85-90; 6:80-5
Veterans health care, 2:22-34; 11:4-15
- Chisholm, Raquel**, President, Operation Legacy
Canadian War Museum, 4:94-99
- Clarkson, Adrienne**, Chairwoman of the Board of Trustees of the Canadian Museum of Civilization Corporation
Canadian War Museum, 4:86-7; 7:18-24,27-30,32-8,42-5,47-8,50-1
- Copp, Terry**, Wilfrid Laurier University (Personal presentation)
Canadian War Museum, 5:48-59
- Copps, Hon. Sheila**, Minister of Canadian Heritage
Canadian War Museum, 8:4-14
- Daly, Duane**, Secretary, Royal Canadian Legion
Canadian War Museum, 4:11-3,15
- DeVries, Jan**, President, First Canadian Parachute Battalion Association
Canadian War Museum, 4:90-4
- Dimant, Frank**, Executive Vice-President, B'Nai Brith Canada
Canadian War Museum, 5:35-6
- Donnolly, Doug**, Mackenzie Institute
Canadian War Museum, 6:32-9
- Doyle, M. F.**, Brigadier-General (Retired), President, Canadian Fighter Pilots Association
Canadian War Museum, 4:64-6
- Dubois, Louise**, Corporate Secretary and Director General, Strategic Planning, Canadian Museum of Civilization Corporation
Canadian War Museum, 7:29-32,36
- Farthing, Derek**, President, Bomber Command Association of Canada
Canadian War Museum, 4:55-8
- Fisher, Douglas** (Personal presentation)
Canadian War Museum, 6:6-14
- Forbes, Brian**, Honorary Secretary General, National Council of Veteran Associations in Canada; Executive Director, War Amputations of Canada
Canadian War Museum, 4:43-4; 6:83-6
Veterans health care, 2:33; 11:10-1,14-5
- Friedman, Rubin**, Director of Government Relations, B'nai Brith Canada
Canadian War Museum, 5:32
- Garlicki, Andrej M.**, Captain (Retired), National Vice-President, Polish Combatants' Association in Canada
Canadian War Museum, 4:51-3
- Geurts, Joe**, Chief Operating Officer and Senior Vice-President, Canadian Museum of Civilization Corporation
Canadian War Museum, 3:27-8,35-6,51-2,57-8,60-4,67,69-70; 7:25-7
- Glenney, Daniel J.**, Acting Director General, Canadian War Museum
Canadian War Museum, 3:22-6,28-32,34-42,52-7,59-61,64-9
- Gregorovich, John B.**, Chairman, Ukrainian Canadian Civil Liberties Association
Canadian War Museum, 5:43-7
- Chadderton, H. Clifford**, président honoraire, Sir Arthur Pearson Association of War Blinded; président-directeur général, Les Amputés de guerre du Canada; président, Conseil national des associations d'anciens combattants du Canada
Musée canadien de la guerre, 4:24-45,50-1,85-90; 6:80-5
Projet de loi C-61, 13:13
Soins de santé des anciens combattants, 2:22-34; 11:4-15
- Chisholm, Raquel**, présidente, Opération Héritage
Musée canadien de la guerre, 4:94-99
- Clarkson, Adrienne**, présidente du conseil d'administration de la Société du Musée canadien des civilisations
Musée canadien de la guerre, 4:86-7; 7:18-24,27-30,32-8,42-5,47-8,50-1
- Copp, Terry**, Wilfrid Laurier University (présentation personnelle)
Musée canadien de la guerre, 5:48-59
- Copps, honorable Sheila**, ministre du Patrimoine canadien
Musée canadien de la guerre, 8:4-14
- Daly, Duane**, secrétaire, Légion royale canadienne
Musée canadien de la guerre, 4:11-3,15
- DeVries, Jan**, président, First Canadian Parachute Battalion Association
Musée canadien de la guerre, 4:90-4
- Dimant, Frank**, vice-président exécutif, B'Nai Brith Canada
Musée canadien de la guerre, 5:35-6; 10R:14-5
- Donnolly, Doug**, Mackenzie Institute
Musée canadien de la guerre, 6:32-9
- Doyle, M. F.**, brigadier-général (retraité), président, Canadian Fighter Pilots Association
Musée canadien de la guerre, 4:64-6
- Dubois, Louise**, secrétaire de la Société et directrice générale, Planification stratégique, Société du Musée canadien des civilisations
Musée canadien de la guerre, 7:29-32,36
- Farthing, Derek**, président, Bomber Command Association of Canada
Musée canadien de la guerre, 4:55-8
- Fisher, Douglas** (présentation personnelle)
Musée canadien de la guerre, 6:6-14
- Forbes, Brian**, secrétaire général honoraire, Conseil national des associations d'anciens combattants du Canada; directeur général, Les Amputés de guerre du Canada
Musée canadien de la guerre, 4:43-4; 6:83-6
Soins de santé des anciens combattants, 2:33; 11:10-1,14-5
- Friedman, Rubin**, directeur des Relations gouvernementales, B'Nai Brith Canada
Musée canadien de la guerre, 5:32
- Garlicki, Andrej M.**, capitaine (retraité), vice-président national, Association canadienne des combattants polonais
Musée canadien de la guerre, 4:51-3
- Geurts, Joe**, directeur administratif et vice-président principal, Société du Musée canadien des civilisations
Musée canadien de la guerre, 3:27-8,35-6,51-2,57-8,60-4,67,69-70; 7:25-7
- Glenney, Daniel J.**, directeur général intérimaire, Musée canadien de la guerre
Musée canadien de la guerre, 3:22-6,28-32,34-42,52-7,59-61,64-9

- Gruchy, Chuck**, Director General of Heritage Branch, Canadian Heritage Department
Canadian War Museum, 3:15
- Gussman, Tom**, National Vice-president, B'Nai Brith Canada
Canadian War Museum, 5:34-5,38,40,42-3
- Halayko, E. W.**, National President, Armed Forces Pensioners and Annuitants Association of Canada
Canadian War Museum, 6:73-4,77-9
- Henry, A. Sean**, Colonel (Personal presentation)
Canadian War Museum, 6:56-64
- Holtzhauer, J.W.**, Colonel (Retired), President, Friends of the Canadian War Museum
Canadian War Museum, 3:70-8
- Hunt, Lloyd**, Past President, Canadian Fighter Pilots Association
Canadian War Museum, 4:3
- Inrig, Ian D.**, Dominion Secretary-Treasurer, Army, Navy and Air Force Veterans in Canada
Canadian War Museum, 4:16-23
Veterans health care, 2:34-43
- Jean-Gogan, Dorothy**, National President, Nursing Sisters Association of Canada
Canadian War Museum, 4:67-72
- Jennings, Cedric** (Personal presentation)
Canadian War Museum, 6:101-7
- Johnson, Vic**, Air Force Association of Canada
Canadian War Museum, 4:3
- Johnston, Murray**, Colonel (Retired), Friends of the Canadian War Museum
Canadian War Museum, 3:78-88; 4:43-4
- Khan, Akmal**, Dominion President, Army, Navy and Air Force Veterans in Canada
Canadian War Museum, 4:15-6,20-1,23
- Kobolac, Joe**, Dominion President, Royal Canadian Legion
Canadian War Museum, 4:6-11,14-5
- Lawrence, Albert** (Personal presentation)
Canadian War Museum, 6:97-101
- Leduc, Harold**, Vice-president, Canadian Peace-keeping Veterans Association
Canadian War Museum, 4:72-84
- Levesque, Luc K.**, President, Canadian Association of Gulf War Veterans
Canadian War Museum, 6:92-3,95-6
- Levine, Bruce G.**, Mackenzie Institute
Canadian War Museum, 6:40-6
- MacDonald, Brian**, Colonel (Retired) (Personal presentation)
Canadian War Museum, 6:86-92
- MacDonald, George F.**, President and Chief Executive Officer, Canadian Museum of Civilization Corporation
Canadian War Museum, 4:16,18-9,28-30; 7:31,38,45-7,49-50,52-63
- MacDonald, Gordon**, National Vice-President, War Amputations of Canada
Canadian War Museum, 6:79-80
- Gregorovich, John B.**, président, Association ukrainienne canadienne des droits civils
Musée canadien de la guerre, 5:43-7
- Gruchy, Chuck**, directeur général du secteur du Patrimoine, ministère du Patrimoine canadien
Musée canadien de la guerre, 3:15
- Gussman, Tom**, vice-président national, B'Nai Brith Canada
Musée canadien de la guerre, 5:34-5,38,40,42-3
- Halayko, E.W.**, président national, Armed Forces Pensioners and Annuitants Association of Canada
Musée canadien de la guerre, 6:73-4,77-9
- Henry, A. Sean**, colonel (présentation personnelle)
Musée canadien de la guerre, 6:56-64
- Holtzhauer, J.W.**, colonel (retraité), président, Amis du Musée canadien de la guerre
Musée canadien de la guerre, 3:70-8
- Hunt, Lloyd**, président sortant, Canadian Fighter Pilots Association
Musée canadien de la guerre, 4:3
- Inrig, Ian D.**, secrétaire-trésorier national, Anciens combattants de l'armée, de la marine et des forces aériennes au Canada
Musée canadien de la guerre, 4:16-23
Soins de santé des anciens combattants, 2:34-43
- Jean-Gogan, Dorothy**, présidente nationale, Nursing Sisters Association of Canada
Musée canadien de la guerre, 4:67-72
- Jennings, Cedric** (présentation personnelle)
Musée canadien de la guerre, 6:101-7
- Johnson, Vic**, Association de la Force aérienne du Canada
Musée canadien de la guerre, 4:3
- Johnston, Murray**, colonel (retraité), Amis du Musée canadien de la guerre
Musée canadien de la guerre, 3:78-88; 4:43-4
- Khan, Akmal**, président national, Anciens combattants de l'armée, de la marine et des forces aériennes au Canada
Musée canadien de la guerre, 4:15-6,20-1,23
- Kobolac, Joe**, président national, Légion royale canadienne
Musée canadien de la guerre, 4:6-11,14-5
- Lawrence, Albert** (présentation personnelle)
Musée canadien de la guerre, 6:97-101
- Leduc, Harold**, vice-président, Association canadienne des vétérans pour le maintien de la paix
Musée canadien de la guerre, 4:72-84
- Levesque, Luc K.**, président, Association canadienne des anciens combattants de la guerre du Golfe
Musée canadien de la guerre, 6:92-3,95-6
- Levine, Bruce G.**, Mackenzie Institute
Musée canadien de la guerre, 6:40-6
- MacDonald, Brian**, colonel (retraité) (présentation personnelle)
Musée canadien de la guerre, 6:86-92
- MacDonald, George F.**, président-directeur général, Société du Musée canadien des civilisations
Musée canadien de la guerre, 4:16,18-9,28-30; 7:31,38,45-7,49-50,52-63

- MacDonald, Muriel**, Executive Director, Merchant Navy Coalition for Equality
Veterans health care, 2:43-9,54-5
- Margerum, Jim**, Chairman, Ontario Command Veterans Services Committee, Royal Canadian Legion
Veterans health care, 2:9-14,16-22; 11:16-27
- Marrus, Michael**, Dean of Graduate Studies, University of Toronto (Personal presentation),
Canadian War Museum, 6:64-72
- Nicholson, J. David**, Deputy Minister, Veterans Affairs Department
Bill C-61, 13:6-13,15-24
- Olmstead, Gordon**, National Chairman, Merchant Navy Coalition for Equality
Veterans health care, 2:43,49-52,54-6
- Peate, Leslie**, National President, Korea Veterans Association of Canada; Associate Editor, *Esprit de Corps* Magazine
Canadian War Museum, 4:58-9,61-4; 6:17-20,25
- Peters, Bill**, Acting Assistant Deputy Minister of Arts and Heritage, Canadian Heritage Department
Canadian War Museum, 3:8-22
- Peterson, Jane**, Secretary, Operation Legacy
Canadian War Museum, 4:97-8
- Petylycky, Steve**, Holocaust Survivor, Ukrainian Canadian Civil Liberties Association
Canadian War Museum, 5:44
- Rapp, Helen**, Vice-President, Armed Forces Pensioners and Annuitants Association of Canada
Canadian War Museum, 6:75-8
- Reynolds, Barbara**, Clerk of the Subcommittee
Bill C-61, 13:14
Veterans health care, 12:8
- Richard, Louise**, Registered Nurse, Canadian Association of Gulf War Veterans
Canadian War Museum, 6:93-7
- Robert, Alex**, Portfolio Quality Services Coordinator, Corporate Planning Division, Veterans Affairs Department
Bill C-61, 13:4
- Roy, R. H.**, Wilfrid Laurier University (Personal presentation)
Canadian War Museum, 5:60-70
- Rycroft, Jim**, Director, Service Bureau, Royal Canadian Legion
Veterans health care, 2:9,15-6,19; 11:16,25-6
- Shannon, Norman**, Associate Editor, *Esprit de Corps* Magazine
Canadian War Museum, 6:20-1
- Silverstone, Jack**, General Counsel, Canadian Jewish Congress
Canadian War Museum, 5:18
- Sinclair, Sam**, President, National Aboriginal Veterans Association
Canadian War Museum, 5:70-80
- Smordin, Lyle**, President, B'Nai Brith Canada
Canadian War Museum, 5:32-4,36-9,41-2
- Suthren, Victor** (Personal presentation)
Canadian War Museum, 7:4-17
- MacDonald, Gordon**, vice-président national, Les Amputés de guerre du Canada
Musée canadien de la guerre, 6:79-80
- MacDonald, Muriel**, directrice exécutive, Merchant Navy Coalition for Equality
Soins de santé des anciens combattants, 2:43-9,54-5
- Margerum, Jim**, président, comité des anciens combattants (Ontario), Légion royale canadienne
Soins de santé des anciens combattants, 2:9-14,16-22; 11:16-27
- Marrus, Michael**, doyen des études supérieures, University of Toronto (présentation personnelle)
Musée canadien de la guerre, 6:64-72
- Nicholson, J. David**, sous-ministre, ministère des Anciens combattants
Projet de loi C-61, 13:6-13,15-24
- Olmstead, Gordon**, président national, Merchant Navy Coalition for Equality
Soins de santé des anciens combattants, 2:43,49-52,54-6
- Peate, Leslie**, président national, Association canadienne des vétérans de la Corée; corédacteur en chef, *Revue Esprit de Corps*
Musée canadien de la guerre, 4:58-9,61-4; 6:17-20,25
- Peters, Bill**, sous-ministre adjoint intérimaire, Secteur des arts et du patrimoine, ministère du Patrimoine canadien
Musée canadien de la guerre, 3:8-22
- Peterson, Jane**, secrétaire, Opération Héritage
Musée canadien de la guerre, 4:97-8
- Petylycky, Steve**, survivant de l'holocauste, Association ukrainienne canadienne des droits civils
Musée canadien de la guerre, 5:44
- Rapp, Helen**, Armed Forces Pensioners and Annuitants, Association of Canada
Musée canadien de la guerre, 6:75-8
- Reynolds, Barbara**, greffier du Comité
Projet de loi C-61, 13:14
Soins de santé des anciens combattants, 12:8
- Richard, Louise**, infirmière diplômée, Association canadienne des anciens combattants de la guerre du Golfe
Musée canadien de la guerre, 6:93-7
- Robert, Alex**, coordonnateur des services de qualité du portefeuille, Direction générale de la planification ministérielle, ministère des Anciens combattants
Projet de loi C-61, 13:4
- Roy, R. H.**, Wilfrid Laurier University (présentation personnelle)
Musée canadien de la guerre, 5:60-70
- Rycroft, Jim**, directeur, Bureau d'entraide, Légion royale canadienne
Soins de santé des anciens combattants, 2:9,15-6,19; 11:16,25-6
- Shannon, Norman**, corédacteur en chef, *Revue Esprit de Corps*
Musée canadien de la guerre, 6:20-1
- Silverstone, Jack**, conseiller général, Congrès juif canadien
Musée canadien de la guerre, 5:18
- Sinclair, Sam**, président, Association nationale des anciens combattants autochtones
Musée canadien de la guerre, 5:70-80

- Taylor, Scott**, Editor, *Esprit de Corps* Magazine
Canadian War Museum, 6:15-7,21-6
- Thompson, John C.**, Director, Mackenzie Institute
Canadian War Museum, 6:26-31
- Tracy, Bob**, Executive Director, Air Force Association of Canada
Canadian War Museum, 4:45-51
- VanDelman, Lou**, Jewish War Veterans
Canadian War Museum, 5:24-32
- Vernon, Eric**, Director, Ottawa Advocacy Office, Canadian Jewish Congress
Canadian War Museum, 5:19
- Vradenburg, Bill**, Veteran Volunteer Tour Guide, Canadian War Museum
Canadian War Museum, 6:48-54
- Withers, Ramsay**, General (Retired), Task Force of Military History Museum Collections in Canada
Canadian War Museum, 3:43-50; 4:17-8,27,46-7
- Wood, Bob**, M.P., Parliamentary Secretary to the minister, Veterans Affairs Department
Bill C-61, 13:13-4,17,19,22
- Smordin, Lyle**, président, B'Nai Brith Canada
Musée canadien de la guerre, 5:32-4,36-9,41-2
- Suthren, Victor** (présentation personnelle)
Musée canadien de la guerre, 7:4-17
- Taylor, Scott**, rédacteur en chef, Revue *Esprit de Corps*
Musée canadien de la guerre, 6:15-7,21-6
- Thompson, John C.**, directeur, Mackenzie Institute
Musée canadien de la guerre, 6:26-31
- Tracy, Bob**, directeur exécutif, Association de la Force aérienne du Canada
Musée canadien de la guerre, 4:45-51
- VanDelman, Lou**, Anciens combattants juifs du Canada
Musée canadien de la guerre, 5:24-32
- Vernon, Eric**, directeur, Bureau de l'action sociale d'Ottawa, Congrès juif canadien
Musée canadien de la guerre, 5:19
- Vradenburg, Bill**, ancien combattant, guide bénévole, Musée canadien de la guerre
Musée canadien de la guerre, 6:48-54
- Withers, Ramsay**, général (retraité), Groupe de travail sur les collections de l'histoire de guerre du Canada
Musée canadien de la guerre, 3:43-50; 4:17-8,27,46-7
- Wood, Bob**, député, secrétaire parlementaire du ministre, ministère des Anciens combattants
Projet de loi C-61, 13:13-4,17,19,22

MAIL  POSTE

Canada Post Corporation / Société canadienne des postes

Postage Paid

Post payé

Lettermail

Poste-lettre

03159442

OTTAWA

If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

